

REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Retta giornaliera

La partecipazione alle attività del Centro Diurno Integrato del Centro Girola della Fondazione Don Carlo Gnocchi – onlus prevede una retta giornaliera onnicomprensiva € 37,50 senza trasporto e € 42,50 con trasporto (il trasporto è garantito solo dal lunedì al venerdì).

Il CDI è convenzionato con il Comune di Milano, che copre totalmente o in parte la retta giornaliera per gli anziani con un reddito basso. Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di frequenza.

Modalità e termini di pagamento della retta

L'anziano che **non fruisce** della Convenzione Comunale o viene chiamato ad integrare la retta comunale, è tenuto al pagamento mensile entro i 15 gg del mese successivo alla frequenza.

La retta può essere pagata in una delle seguenti modalità:

- Contanti presso gli Uffici Amministrativi del Centro Girola;
- Assegno Bancario o Assegno Circolare intestato a “Fondazione don Gnocchi – onlus”, presso gli Uffici Amministrativi del Centro Girola;
- Bonifico Bancario alle seguenti coordinate bancarie: “Fondazione don Gnocchi – onlus”, presso Banca Popolare di Milano, Agenzia n°357, Conto Corrente n°2312, CIN B, ABI 05584, CAB 01668, IBAN IT06K05034 01668 0000 0000 2312 con motivazione “Pagamento retta mese di Per conto di”. Per evitare bonifici errati, prima di predisporre il medesimo, è opportuno contattare l'Amministrazione per verificare l'importo della fattura del mese di competenza.

Orario degli Uffici Amministrativi.

Gli Uffici Amministrativi sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 17,00.

Ritardi nei pagamenti della retta.

Qualora la retta non venga pagata entro i quindici giorni lavorativi, verrà conteggiata una mora per i giorni di ritardo pari a due punti superiori al tasso di sconto.

Dopo 3 giorni di ritardo dalla data utile per il pagamento della retta, si procederà alla dimissione dell'Ospite.

Firma

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO

La/il sottoscritta/o
nata/o a prov. il
residente a prov. c.a.p. via n°
tel. Casa tel. Ufficio cellulare
relazione di parentela codice fiscale

DICHIARA

**di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta per la partecipazione alle attività del
Centro Diurno Integrato**

della Signora/del Signor
e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando
quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta, anche in presenza di altri congiunti
tenuti per legge a provvedere.

La/il sottoscritta/o inoltre

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera è di € 37,50 senza trasporto e € 42,50 euro con trasporto.
- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico-finanziarie che regolano l'accesso e la partecipazione alle attività del Centro Diurno Integrato.
- Di **accettare** gli eventuali aumenti di retta che potessero essere disposti dalla Direzione del Centro Girola, la quale si occuperà di darne preavviso con anticipo di almeno un mese.
- Di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obblighi hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione dell'Ospite dal Centro.
- Di essere a conoscenza che il servizio trasporto, nelle giornate di sabato e domenica, **non** è garantito.

Data

Firma

**DOMANDA DI INSERIMENTO
PRESSO I CENTRI DIURNI INTEGRATI ASL MILANO
PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____
Età _____ Genere: M F
Codice Fiscale _____
Tessera sanitaria/Codice assistito _____
Residente in _____ CAP _____
Via / Corso _____
Recapito Telefonico _____
Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):
Domiciliato in _____ CAP _____
Via / Corso _____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____
CF _____
Residente in _____ CAP _____
Via / Corso _____
Recapiti telefonici: casa _____ cellulare _____
Indirizzo e mail _____ @ _____
Legame di parentela _____

GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI

- Un giorno
- Due giorni
- Tre giorni
- Quattro giorni
- Cinque giorni
- Sei giorni
- Sette giorni
- Mezza giornata Giornata completa

**SERVIZIO DI TRASPORTO (GARANTITO DAL LUNEDÌ
AL VENERDÌ)**

- Richiesto: andata ritorno
- Non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

COMPILAZIONE A CURA DEL RICHIEDENTE

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro _____

TUTELA (DA COMPILARE SOLO SE PRESENTE)
<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno N° decreto _____ <input type="checkbox"/> Inabilità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela/procura Nome e cognome: _____ Recapiti: _____ _____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____ <input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Servizi igienici adeguati <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato <input type="checkbox"/> Zona di Milano _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Convenzione con _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA

Ai sensi dell'art.10 della D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione, informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo

Data: ____ / ____ / 20__ Firma del richiedente: _____

**CENTRO DIURNO INTEGRATO
Centro Girola**

Regolamento interno CDI

L'anziano che frequenta il CDI non modifica il rapporto con il medico di famiglia, mentre il CDI si rende disponibile ad eseguire eventuali piani terapeutici particolari da affidare all'assistenza infermieristica del Centro;

l'obiettivo primario del CDI consiste nel dare assistenza all'anziano in piena sintonia e collaborazione con il medico di famiglia che lo segue; si ritiene pertanto essenziale, favorire un costante rapporto di comunicazione con il medico di famiglia sulle condizioni di salute dell'ospite anche tramite la collaborazione della famiglia;

i farmaci, i presidi personali (pannoloni, monouso, ecc.) ed eventuali ausili, restano a carico del singolo ospite attraverso il SSN (su prescrizione del medico di famiglia).

Il personale infermieristico provvede a somministrare la terapia prescritta.

Orari e giornate di funzionamento del CDI

Le attività del CDI si svolgono sette giorni su sette:

dal lunedì al venerdì, con orario elastico a partire dalle ore 07.30 fino alle ore 18.30.

il sabato e la domenica con orario elastico a partire dalle ore 09.00 fino alle ore 19.00.

Il Centro Diurno effettua chiusura durante le feste comandate.

Visite dei parenti e conoscenti

I parenti ed i conoscenti possono far visita e partecipare alle manifestazioni organizzate per il CDI tutti i giorni dell'anno.

Protesica personale

Il Centro Girola risponde degli oggetti e/o delle protesi perse o rotte solo nei casi di accertata responsabilità del personale di assistenza, mentre non può assumere responsabilità alcuna di fronte ad Ospiti con reale compromissione cognitiva.

Denaro ed effetti personali

Si consiglia di non portare appresso oggetti preziosi in quanto la Direzione declina ogni responsabilità in caso di smarrimento.

Alimenti e bevande

Il CDI del Girola propone e mette in atto una corretta gestione dietetica dei singoli; per tanto gli Ospiti ed i parenti sono caldamente sollecitati a non portare alcun genere alimentare.

Assenze degli ospiti

L'Ospite che non può prendere parte alle attività del Centro per motivi di salute, o per qualsiasi altro motivo, deve provvedere a segnalare la propria assenza telefonando al Centro, entro le 8.00 del mattino, al seguente n. **02.64.22.41**. Per gli anziani che fruiscono del servizio trasporto, onde evitare

percorsi inutili, devono chiamare l'ufficio trasporti al numero **02/66201090**. Qualora l'ospite o il parente non dovessero avvisare dell'assenza, la giornata verrà rendicontata come giornata di presenza, quindi conteggiata per il pagamento.

Le assenze per lunghi periodi (es. vacanze estive), qualora prevedibili, devono essere comunicate in forma scritta alla coordinatrice del CDI nel mese precedente al periodo in oggetto. **Qualora le assenze dovessero superare i 30 giorni l'ospite potrebbe perdere una parte dei giorni di frequenza per cederli, in caso di un nuovo inserimento, all'ospite nuovo.**

Trasporto

Per non arrecare disagi o attese agli ospiti dei giri successivi si è stabilito quanto segue:

Gli operatori attendono l'arrivo del parente dell'ospite all'appuntamento prestabilito per non più di 5 minuti, in caso di ulteriore ritardo si proseguirà con il giro. Sarà premura del parente accompagnare l'ospite al CDI; in entrambi i casi la giornata dovrà essere retribuita. Se il ritardo si effettuerà durante il viaggio di ritorno, superati i 5 minuti di attesa, si accompagnerà l'ospite al Centro Girola avvisando per telefono il parente che dovrà provvedere al riaccompagnamento.

La Direzione

CRS – Modulo del Consenso

Il sottoscrittoSesso.....
(Cognome, Nome) (M/F)

Nato a il
(Luogo di nascita) (Data di nascita)

Cod.Fisc
(Codice Fiscale)

Preso atto di quanto previsto dall'informatica relativa al "TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI IN AMBITO CRS-SISS", acconsente al trattamento dei propri dati, anche di carattere sanitario previsto dalla vigente normativa.

In caso di minori:

Il genitore/tutoreSesso.....
(Cognome, Nome) (M/F)

Nato a il
(Luogo di nascita) (Data di nascita)

Cod.Fisc
(Codice Fiscale)

Data Firma

Firma

.....

.....

