Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

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 € 40,00 senza trasporto e € 45,00 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, IBAN IT61M0503401746000000011437 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 ……

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

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 € 40,00 senza trasporto e € 45,00 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 .....

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

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 X Giornata completa

SERVIZIO DI TRASPORTO (GARANTITO DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ)

- ❑ Richiesto: ❑ andata ❑ ritorno
- ❑ Non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

COMPILAZIONE A CURA DEL RICHIEDENTE

CON CHI VIVE	TUTELA (DA COMPILARE SOLO SE PRESENTE)
❑ Solo ❑ Coniuge ❑ Figli ❑ Altri parenti_____ ❑ Badanti Presenza _____ _____ _____ ❑ Altro_____	❑ Amministrazione di sostegno N° decreto _____ ❑ Inabilità ❑ Interdizione ❑ Curatela/procura Nome e cognome: _____ Recapiti: _____

SITUAZIONE ABITATIVA	CONVENZIONE
❑ Presenza barriere architettoniche ❑ Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____ ❑ Presenza ascensore ❑ Servizi igienici adeguati ❑ Presenza servizi portierato ❑ Zona di Milano _____	❑ Privato ❑ Convenzione con _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
❑ Direttamente ❑ Assistente Sociale ❑ Medico di Medicina Generale (medico curante) ❑ Medico specialista _____ ❑ Passaparola ❑ Pubblicità ❑ Eventi/manifestazioni ❑ Internet ❑ 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: _____

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

COMPILAZIONE A CURA DI UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite _____

SITUAZIONE FAMILIARE	SITUAZIONE ECONOMICA
❑ Coniugato/a ❑ Divorziato/a ❑ Celibe/nubile ❑ Separato/a ❑ Vedovo/a ❑ Non dichiarato ❑ Fratelli (N:) ❑ Sorelle (N:) ❑ Figli (N:) ❑ Figlie (N:) Recapiti: _____ _____ _____ _____ _____	❑ Nessuna pensione ❑ Anzianità/vecchiaia ❑ Minima/sociale ❑ Guerra/infortunio sul lavoro, etc ❑ Reversibilità ❑ In attesa di invalidità ❑ Invalidità ↳ Tipo di invalidità: _____ ↳ Indennità accompagnamento ❑ si ❑ In attesa accompagnamento ❑ no

LIVELLO DI ISTRUZIONE	PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO
❑ Nessuno ❑ Licenza elementare ❑ Diploma medie inferiori ❑ Diploma medie superiori in _____ ❑ Laurea in: _____ ❑ Altro _____	❑ Casalinga ❑ Agricoltore ❑ Operaio (ambito_____) ❑ Impiegato (ruolo_____) ❑ Artigiano (ambito_____) ❑ Insegnante (in_____) ❑ Imprenditore (ambito_____) ❑ Libero Professionista (_____) ❑ Altro_____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)	MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)
❑ Assistente sociale ❑ Familiare/affine ❑ MMG ❑ Medico ospedaliero/specialista ❑ Propria	❑ Alloggio non idoneo ❑ Altra motivazione sociale ❑ Insufficiente supporto familiare ❑ Perdita autonomia (decorso degenerativo) ❑ Solitudine

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

PROVENIENZA (CDI WEB)	TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)
❑ Dal domicilio ❑ Da istituto di ricovero per acuti ❑ Da struttura sociale ❑ Da istituto di riabilitazione (compresi ex drg 5000/2007) ❑ Da CSS ❑ Da RSA ❑ Da RSD ❑ Altro:_____	❑ Autorizzato ❑ Accreditato ❑ Accreditato e contrattualizzato

SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI

❑ CMA di zona _____

Assistente sociale di riferimento:

_____

Recapiti:

_____

❑ SAD

_____

❑ ADI

_____

❑ CPS

_____

❑ Custode sociale – Portierato Sociale

_____

❑ Associazioni volontariato

_____

❑ Parrocchie

_____

❑ Altro

_____

ANALISI DEI BISOGNI

- Bisogni di tipo sociale
  - ❑ socializzazione per condizione di solitudine
  - ❑ arricchimento rete sociale
  - ❑ supporto familiare per problematiche di tipo sociale
  - ❑ supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale

  _____

  _____

- Bisogni di tipo sanitario
  - ❑ somministrazione terapia farmacologica
  - ❑ interventi medico-infermieristici
  - ❑ attività di riabilitazione funzionale (motoria/cognitiva)

  _____

  _____

- Bisogni di tipo assistenziale
  - ❑ elevato carico assistenziale al domicilio
  - ❑ disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico

  _____

  _____

  _____

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Eventuale attivazione servizi all'interno della rete

_____
_____
_____
_____

Data: _____ / _____ / 20__ Firma del compilatore _____

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'obbiettivo 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 08.00 fino alle ore 17.00.
il sabato e la domenica con orario elastico a partire dalle ore 09.00 fino alle ore 18.00.
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

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

CRS – Modulo del Consenso

Il sottoscritto ……..Sesso……
(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/tutore ……..…Sesso……
(Cognome, Nome) *(M/F)*

Nato a ……. il …….
(Luogo di nascita) *(Data di nascita)*

Cod.Fisc ……..
(Codice Fiscale)

Data Firma Firma

……. …….