

CENTRO DIURNO GINEVRA C/O CdR Gasparini	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa		Data 01.04.2013 Rev. 0 Pagina 1 di 5

_____ l _____ sottoscritt _____

(nome, cognome e grado di parentela di chi presenta la domanda)

Residente in _____ tel. _____

Identificato con documento _____

Chiede che venga ammesso/a presso il Centro Diurno

_____ l _____ sig. _____

Nat _____ a _____ il _____

Stato civile _____ nome del coniuge _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ via _____

Attualmente domiciliato/a _____

Presso _____

Titolo di studio _____ professione precedente al pensionamento _____

Iniziativa della domanda _____

(propria, d'accordo con i familiari, su consiglio di altri, del medico, di un operatore sociale)

Figli o parenti dell'ospite: _____

(nome, cognome, residenza, recapiti) _____

Reddito INPS : Cat. _____ n° certificato _____ Importo mensile _____

Cat. _____ n° certificato _____ Importo mensile _____

Reddito INPDAP _____ Importo mensile _____

Invalidità civile: si no Importo mensile _____

(se si allegare fotocopia certificato invalidità)

Assegno accompagnamento: si no Domanda in corso si no

CENTRO DIURNO GINEVRA C/O CdR Gasparini	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.04.2013
	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0

Servizio richiesto : Giornata intera con trasporto Giornata intera senza trasporto
 Mattina con trasporto (uscita h 14,30) Mattina senza trasporto (uscita h 14,30)
 Pomeriggio senza trasporto (ingresso h 14,30)

Giornate previste di presenza: _____

Specificare i nominativi e i numeri telefonici a cui fare riferimento in caso di necessità:

Si informa che in caso di emergenza, l'accompagnamento degli ospiti all'esterno della struttura non può essere effettuato dal personale in servizio della CdR Gasparini.

Documenti da allegare:

Stato di famiglia e residenza in carta libera
Documento identità valido (in fotocopia)
Codice fiscale
Certificato di invalidità
Documentazione sanitaria
Indicazione medico curante

Appoggio bancario: _____

Codice IBAN _____

Al momento dell'ingresso deve essere versata la prima mensilità e la cauzione infruttifera, a garanzia di futuri pagamenti di rette e di quant'altro posto a suo carico, pari ad 1 mensilità del servizio richiesto. La cauzione verrà restituita al momento della cessazione del servizio. Il costo giornaliero è riportato sulla tabella allegata e comprende i servizi specificati nella "carta dei servizi".

La retta deve essere pagata mensilmente, entro il giorno 10, presso la Tesoreria dell'Ente, Cassa di Risparmio di Parma & Piacenza, agenzia di Rivergaro (IBAN IT11P062306544000060069376)

L'Amministrazione tratterrà, in caso di dimissioni volontarie dell'ospite o di decesso, la retta giornaliera relativa al periodo di effettiva permanenza in struttura gravata della somma corrispondente alla retta di sette giorni .

Qualora le condizioni psicofisiche della persona che accede al Centro Diurno dovessero subire peggioramenti, tali da rendere la sua permanenza incompatibile con le caratteristiche del servizio, l'Ente inviterà la famiglia a rivolgersi al servizio Sociale del Comune di residenza dell'ospite entro quindici giorni affinché inoltri domanda per ingresso in struttura protetta. Nell'attesa di eventuale trasferimento presso una struttura esterna, l'ospite potrà accedere, secondo la lista di attesa, presso la Casa Protetta della CdR Gasparini alle condizioni economiche al momento vigenti.

Pieve Dugliara, _____

In Fede

CENTRO DIURNO GINEVRA C/O CdR Gasparini	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.04.2013 Rev. 0	Pagina 3 di 5
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa			

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Anamnesi remota:
Diagnosi attuale
Terapia farmacologica in corso
Annotazioni aggiuntive

CENTRO DIURNO GINEVRA C/O CdR Gasparini	DOMANDA DI INGRESSO		Data 01.04.2013 Rev. 0	Pagina 4 di 5
	Protocollo n° _____ del _____ n° _____ registro lista d'attesa			

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

MEDICAZIONI	
Non necessarie	
Per ulcerazioni e distrofie cutanee	
Per catetere a permanenza o stomia	
Per ulcere da decubito	
NECESSITA DI PRESTAZIONI SANITARIE	
Buona salute	
Necessita di prestazioni sanitarie (non continuative)	
Necessita di prestazioni esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)	
Necessita di prestazioni sanitarie continuative (terapie ev, cure mediche o infermieristiche quotidiane ecc)	
CONTROLLO SFINTERICO	
Presente	
Incontinenza urinaria o fecale episodica	
Incontinenza urinaria o fecale permanente	
Incontinenza totale	
DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI	
Assenti	
Disturbi cognitivi e/o comportamentali	
Disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessita ma non presenta gravi e costanti BPSD)	
Frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri)	
FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE	
Comprende e si esprime normalmente	
Linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	
Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere concoerenza il suo pensiero	
Non comprende , non si esprime	
DEFICIT SENSORIALE	
normale	
Deficit correggibile colo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	
Grave deficit non correggibile	
Cecità e/o sordità completa	
MOBILITA'	
Cammina autonomamente senza aiuto	
Cammina con ausili e con aiuto programmato o saltuario	
Si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote	
Totalmente dipendente per le alzate e le mobilizzazioni	
ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA	
Totalmente indipendente	
Aiuto programmato o saltuario	
Aiuto quotidiano necessario ma parziale	
Totalmente dipendente	

Timbro e firma del medico curante

CENTRO DIURNO GINEVRA C/O CdR Gasparini	DOMANDA DI INGRESSO		
	Protocollo n° _____ del _____		Data 01.04.2013
	n° _____ registro lista d'attesa		Rev. 0
			Pagina 5 di 5

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, i sottoscritti dichiarano di aver compiutamente ricevuto notizie ed informazioni in materia di protezione dei dati personali, sulle modalità e finalità dell'utilizzazione dei dati sensibili prestando ai delegati ampio consenso al trattamento degli stessi.

Firma

Garanzia

Io sottoscritt _____

nat a _____ il _____

residente a _____

Via _____

dichiaro

di garantire tutti gli obblighi verso l'Ente, CdR Gasparini assunti dal

Sig./ra _____ con la sottoscrizione della domanda in data

_____ e mi impegno, a semplice richiesta della Direzione, a provvedere personalmente

al pagamento di quanto dovuto.

Pieve Dugliara, _____ Firma _____
