

IPAB - CASA DI RIPOSO LASCITO "ING. G. DESTEFANIS" – R.A./R.A.F.

Via Destefanis n. 68

10070 FRONT TO

Tel. 011/92.51.544 TeleFax 011/92.51.737

mail cdrdestefanis@libero.it

PRESENTAZIONE

Benvenuti al "Castello" di Front; dopo i restauri ordinati dall'ultimo proprietario l'ingegnere cavaliere Giuseppe Destefanis (1861-1926), dal 1933 adempie la funzione sociale, civile e religiosa di casa di riposo, oltre al piano inferiore l'asilo infantile.

Sede legale: via Destefanis n. 68 Entrata principale: via Castagneri n. 19 10070 FRONT TO

Tel. 011/92.51.544 Telefax 011/92.51.737

mail cdrdestefanis@libero.it

Per colloqui si prega di fissare appuntamento

orario d'ufficio lun/sab 09.00/16.00

Responsabile di Struttura: Fenoglio Ivana

Ufficio amministrativo/segreteria: Ozella Katia

LE CAMERE POSSONO ESSERE DISPONIBILI:

NEL REPARTO NON AUTOSUFFICIENTI R.A.F./CONVENZIONATO ASL TO4 (2° piano)

Posto letto (camera singola o doppia con servizi) euro 78,10 euro/giorno di cui:

- quota a carico dell'Ospite euro 39,05/giorno (da giugno 2010)
- quota a carico dell'ASL TO4 euro 39,05/giorno

NEL REPARTO AUTOSUFFICIENTI R.A./PRIVATO (3° piano)

Posto letto (camera singola o doppia con servizi comuni) euro 46,00/60,00 giorno
(quota a totale carico dell'Ospite)

Le fasi da seguire:

- 1) viene fissato un colloquio con il Responsabile di Struttura, su richiesta personale dell'interessato o di suo parente, durante il quale si tende a raccogliere le informazioni in merito alle motivazioni della decisione di ricovero, si porta a conoscenza di quanto stabilito nel regolamento interno e nella carta dei servizi, si visita la Struttura illustrando gli ambienti, si compila una scheda conoscitiva con i dati generali del potenziale Ospite (rilevazione capacità e condizioni);
- 2) viene chiesto di consegnare, anche in un colloquio successivo, copia del documento di identità, codice fiscale, copia tessera sanitaria, dichiarazione medica, copia eventuali esenzioni ticket sanitari, verbali di invalidità ed esiti visite U.V.G.;
- 3) la domanda di ammissione viene proposta alla Presidenza per l'approvazione;
- 4) ad accettazione approvata si comunica al parente la possibilità di procedere all'inserimento e si stabilisce la data del colloquio finale, durante il quale viene chiesto di fornire certificato medico attestante cure e/o terapie in corso, eventuali schede cliniche, tutta la documentazione utile per la gestione interna (es. se diabetico materiale per insulina, tesserino diabete, ecc.). E' comunque fatto obbligo di dichiarare le malattie infettive in atto;
- 5) all'atto dell'accettazione vengono consegnati e firmati per accettazione il regolamento della Struttura, la Carta dei Servizi ed il contratto di accoglienza, e viene stabilita la data di ingresso;
- 6) il giorno dell'ingresso, all'ora stabilita si procede all'inserimento, viene affiancato un tutor per l'Ospite e si procede alla compilazione del contratto. I familiari vengono coinvolti nell'accoglienza in Struttura e nella presentazione del personale e degli altri Ospiti, fondamentale è il contributo dei familiari all'elaborazione del P.A.I. (piano di assistenza individuale), in quanto il documento rappresenta la linea guida per un ottimale inserimento e permanenza dell'Ospite in Struttura.

IPAB - CASA DI RIPOSO LASCITO "ING. G. DESTEFANIS" – R.A./R.A.F.

Via Destefanis n. 68

10070 FRONT TO

Tel. 011/92.51.544 TeleFax 011/92.51.737

mail cdrdestefanis@libero.it

DOMANDA DI INGRESSO PER NUCLEO R.A. / R.A.F.

(Dati del richiedente)

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Recapito _____

Dichiarando di agire in nome, per conto e nell'interesse dell'Ospite, dal quale ho ricevuto consapevole e volontaria intenzione di presentare domanda di inserimento

CHIEDO DI INSERIRE/DI ESSERE INSERITO NELLA LISTA D'ATTESA PER L'INGRESSO

Del/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

C.F. _____

DICHIARO DI ACCETTARE LE CONDIZIONI PROPOSTE E QUANTO STABILITO NEGLI ATTI E REGOLAMENTI DELLA STRUTTURA, SENZA SOLLEVARE OBIEZIONE ALCUNA.

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, A SENSI DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE IN MERITO AL "TRATTAMENTO DATI SENSIBILI".

Data _____

Firma

La domanda viene proposta alla Direzione, con gli allegati, previa verifica della tipologia dell'inserimento in nucleo RA / RAF (cancellare la voce che non interessa) in data _____

Esenzione farmaci _____ Invalidità riconosciuta _____

Valutazione commissione geriatrica punteggio _____ in data _____ ASL _____

Responsabile di Struttura

La domanda viene/non viene accettata, essendo/non essendo rispondente ai criteri di ammissibilità, dando indicazione della destinazione NUCLEO R.A. / NUCLEO R.A.F. al costo giornaliero pari ad euro _____ (quota totale), di cui a carico dell'Ospite euro/gg _____.

Posto letto assegnato piano _____ camera n. _____ tipologia singola/doppia Lav. n. _____

La comunicazione dell'accettazione viene effettuata a mezzo telefonata / direttamente all'Ospite/parente in data _____ con definizione della data di decorrenza dal giorno _____.

Responsabile di Struttura
