

CDD - Comune di Cremona (con pasto)	€ 72,50
CDD - Comune di cremona (senza pasto)	€ 67,30
CDD - altri Comuni (con pasto)	€ 81,30
CDD - altri Comuni (senza pasto)	€ 75,80
CDD - retta per assenza giustificata **	50%
CDD - retta per assenza ingiustificata **	100%

Sono incluse nella retta tutte le attività previste dalla programmazione svolta all'interno ed all'esterno della struttura:

- ⇒ Attività ludico espressive
- ⇒ Attività sportive: nuoto, judo, attività in palestra
- ⇒ Attività di inclusione sociale: uscite sul territorio che prevedono collaborazioni con enti commerciali, collaborazioni con scuole e biblioteca statale
- ⇒ Attività clinico sanitarie riabilitative: fisioterapia, infermiere, figure professionali educative e assistenziali
- ⇒ Musicoterapia
- ⇒ Danza-movimento terapia
- ⇒ Trasporto.

Rientrano invece nelle prestazioni escluse dalla retta:

- ⇒ Gli acquisti legati alle esigenze personali per es. distributori automatici di bevande, consumazioni ed acquisti durante le uscite
- ⇒ Spese extra durante le gite come per es. biglietto per mezzi di trasporto pubblici o ingressi a musei
- ⇒ Soggiorno estivo.
- ⇒

****** la retta di frequenza è ridotta al 50% in caso di assenza giustificata (malattia comprovata da certificato, ricovero ospedaliero oppure assenza per motivi familiari) sino a 30 giorni annui. Oltre tale limite è dovuta la retta intera. La retta di frequenza rimane invariata in caso di assenza ingiustificata.



FONDAZIONE
ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS

P.zza Libertà, 2 - 26048 Sospiro (CR) - Tel: 0372/6201 - Fax: 0372/620299
C.F. 80004030195 - P.I. 00385470190 Web: www.fondazione sospiro.it - Mail: fondazione@fondazione sospiro.it

(MOD 06 01/4)

MODULO PER SEGNALAZIONE / SUGGERIMENTO O RECLAMO

- ☐
- Segnalazione/Suggerimento
- ☐
- Reclamo

Unità Abitativa/Operativa	
---------------------------	--

Ospite/Residente (cognome e nome) _____
 Familiare (nome, cognome, grado di parentela) _____
 Indirizzo _____ Tel. _____
 Mail _____

Nominativo dell'operatore di Fondazione (in caso di reclamo/segnalazione/Suggerimento verbali):

Reclamo del dependiente

Nome e cognome _____

Oggetto del reclamo/segnalazione/suggerimento

Data

Firma (del reclamante o di chi ha ricevuto il reclamo)

Consegna del modulo compilato al Responsabile Unità abitativa/operativa

Data di ricevimento

Firma del Responsabile di Funzione che riceve il reclamo

Domanda ammissione

FONDAZIONE SOSPIRO
P.ZZA LIBERTA', 2 - 26048 Sospiro (Cremona)
TEL.0372/620297 - 620266 - FAX 0372/620363 - Cod. fiscale 80004030195
Indirizzo e-mail: sportello.unico@fondazionesospiro.it
Sito Internet: <http://www.fondazionesospiro.it>

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CDD

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (prov. di _____) il _____
residente a _____ in Via _____
C.a.p. _____ e-mail _____
telefono n° _____ in qualità di _____

del/della sig./sig.ra _____

nato/a _____ (prov. di _____) il _____
residente a _____ C.a.p. _____
in via _____ n° _____

CHIEDE

L'inserimento del/della medesimo/a presso il Centro Diurno per persone con Disabilità.

Il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente a questa Fondazione l'inserimento del/la proprio/a parente/assistito in altro servizio o struttura residenziale.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza dei tempi e delle modalità per l'ingresso e produrrà la seguente documentazione:

- ✓ RELAZIONE SANITARIA AGGIORNATA (fornita dalla Fondazione)
- ✓ RELAZIONE SOCIALE AGGIORNATA (fornita dalla Fondazione)
- ✓ COMPILAZIONE DI UNA SCHEDA D'INGRESSO (fornita dalla Fondazione)
- ✓ DOMANDA DI AMMISSIONE COMPILATA E FIRMATA
- ✓ CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Altri recapiti telefonici dei familiari e/o dei servizi di appartenenza:

☐ COGNOME e NOME	GRADO DI PARENTELA/QUALIFICA PROFESSIONALE	N° TEL.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

In fede mi firmo: _____

Data: _____

QUESTIONARIO per le Persone con Disabilità

UNITA' ABITATIVA DEL RESIDENTE.....DATA COMPILAZIONE.....

Il questionario è pensato da usare per le persone con disabilità anche sotto forma di intervista.

1. Gli operatori sono disponibili?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

2. Gli operatori sono gentili?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

3. Gli operatori sono capaci di ascoltarti quando ho bisogno?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

4. Gli operatori sono capaci di aiutarti quando ho bisogno?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

5. Gli operatori rispettano la Tua Privacy?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

6. Gli arredi (letto, armadi) che utilizzi ti piacciono?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

7. Gli spazi che utilizzi ti piacciono?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

8. Gli ambienti sono puliti?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

9. Il cibo (colazione, pranzo e cena) ti piace?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

10. Gli abiti sono ben lavati?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

11. Le attività che ti vengono proposte ti piacciono?

				
Molto	Abbastanza	Poco	Per Nulla	Non So

EVENTUALI SUGGERIMENTI: