



**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

**Rapport d'inspection
prévus le *Loi de 2007
les foyers de soins de
longue durée***

Ministry of Health and Long-Term Care
Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

London Service Area Office
291 King Street, 4th Floor
London ON N6B 1R8

Bureau régional de services de London
291, rue King, 4^{ème} étage
London ON N6B 1R8

**Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée**

Division de la responsabilisation et de la performance du
système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la
conformité

Telephone: 519-675-7680
Facsimile: 519-675-7685

Téléphone: 519-675-7680
Télécopieur: 519-675-7685

☐ Licensee Copy/Copie du Titulaire ☒ Public Copy/Copie Public

Date(s) of inspection/Date de l'inspection August 31, 2010	Inspection No/ d'inspection 2010_105_2979_31Aug104319	Type of Inspection/Genre d'inspection Complaint L-00853
Licensee/Titulaire The Homewood Corporation 150 Delhi St. Guelph ON N1E 6K9		
Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée The Village of Glendale Crossing 3030 Singleton Ave. London ON N6L 0B6		
Name of Inspector/Nom de l'inspecteur(s) June Osborn #105		
Inspection Summary/Sommaire d'inspection		
The purpose of this inspection was to conduct a complaint inspection. During the course of the inspection, the inspector spoke with the General Manager, the DOC, the RAI-co-ordinator, 2 psws. During the course of the inspection, the inspector reviewed the medical records of 3 residents and the in-house incident reports of 3 residents. ☒ There are no findings of Non-Compliance as a result of this inspection.		



Ministry of Health and
Long-Term Care

Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Inspection Report
under the *Long-
Term Care Homes
Act, 2007*

Rapport
d'inspection prévue
le *Loi de 2007 les
foyers de soins de
longue durée*

Signature of Licensee or Representative of Licensee Signature du Titulaire du représentant désigné		Signature of Health System Accountability and Performance Division representative/Signature du (de la) représentant(e) de la Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé.	
Title:	Date:	Date of Report: (if different from date(s) of inspection). #105 September 1, 2010	