



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
PER L'ACCESSO ALLA RETE
DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI DELLA ULSS 7**

Al Responsabile del Distretto Socio Sanitario _____
Tramite i Servizi Sociali del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____

Residente a _____ Prov. _____ data iscriz. anagrafica _____

Comune di provenienza _____ Prov. _____ Tel. _____

Indirizzo _____ C.F. _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a alla valutazione multidimensionale dei bisogni per l'accesso alla rete dei Servizi Socio Sanitari Territoriali.

Qualora L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) ritenga necessario l'inserimento in una Struttura Residenziale, chiede di essere accolto/a presso le Strutture Protette, di seguito elencate:

N.B.: Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che:

- detta valutazione ha validità annuale; se dopo tale termine non vi è stata risposta e vi sia ancora interesse dovrà essere rinnovata la richiesta;
- la scelta effettuata delle Case di Riposo potrà essere modificata in base al livello assistenziale risultante dalla valutazione della UVMD, cioè a seconda se rientranti nel 1° o 2° livello di assistenza. L'Ufficio Residenzialità Anziani della Ulss 7 provvederà ad inviare copia della scheda di valutazione e lettera dove sarà indicato il livello di assistenza di appartenenza e, in base ad esso, le Case di Riposo idonee all'accoglienza;
- sarà chiamato dalle Case di Riposo indicate in base alla valutazione; alla prima chiamata, da parte di una di queste, la rinuncia all'inserimento comporterà l'esclusione dalla graduatoria.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, all'Ufficio Residenzialità Anziani - Via Lubin, 16 - 31053 Pieve di Soligo - Tel. 0438/664407- Fax 0438/664463, ogni variazione intervenuta rispetto ai dati dichiarati con particolare attenzione per il cambio di residenza.

Data _____

Firma _____

Il/la Sottoscritto/a _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

in qualità di _____ della persona interessata, fa presente che le condizioni psicofisiche di tale persona sono tali da non consentire la sottoscrizione della presente domanda, che, pertanto, presento per suo conto.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Prov. _____
via _____ n° _____ Cap _____ Tel. _____
in qualità di _____ del Sig./ra _____ nato/a il _____,
ai fini della compilazione della Scheda S.VA.M.A.- Valutazione Sociale - per _____,

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, NONCHÉ DELLA DECADENZA DEI BENEFICI DERIVANTI DALLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

(segnare le ipotesi che interessano)

- che la situazione reddituale e/o economica al lordo delle trattenute è la seguente:
€ _____ per l'anno _____;
- di essere disoccupato dal _____ e di essere iscritto nelle relative liste presso l'Ufficio _____;
- di essere pensionato cat. _____ cat. _____
cat. _____ e di percepire attualmente € _____ mensili;
- di pagare quale canone di affitto € _____ mensili;
- di percepire € _____ mensili per canoni di affitto relativi a terreni e/o abitazioni di proprietà;
- di essere titolare di proprietà immobiliari costituite da (terreni o fabbricati)
in _____ via _____
in _____ via _____;
- di essere titolare dei seguenti depositi bancari, postali o altro ammontabili complessivamente a € _____;
- di godere di provvidenze economiche mensili a titolo assistenziale di € _____ erogati dall'Ente _____;
- ulteriore disponibilità economica mensile dei familiari per l'assistenza:
 - nessuna fino a € 500,00 (euro cinquecento) fino a € 1.000,00 (euro mille)
 - fino a € 1.500,00 (euro millecinquecento) oltre copertura completa delle spese.

_____ li _____
_____ (firma del dichiarante)

La firma NON deve essere autenticata.

La presente va firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero trasmessa - debitamente firmata - con allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità (art. 47 del D.P.R. 445/2000).

Spazio riservato all'Ufficio ricevente

Firma apposta in mia presenza dal Sig./ra _____

Identificato mediante _____ Il Funzionario Addetto _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritto/a _____
previamente informato/a dal personale del Comune, acconsente al trattamento dei dati personali:

- Propri
- Della persona per la quale si è autorizzati alla firma in qualità di:
 - genitore esercente la potestà;
 - familiare;
 - tutore;
 - curatore;
 - legale rappresentante.

_____ li _____
_____ (firma del dichiarante)