

Azienda ULSS 13 e Comuni di: Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Dolo, Fiesso D'Artico, Fossò, Martellago, Mira, Mirano, Noale, Pianiga, Salzano, Santa Maria di Sala, Scorzè, Spinea, Strà, Vigonovo.	Modulistica Domanda per Assistenza Sociosanitaria Servizi Residenziali e Semiresidenziali	Pag. 1 di 2
--	---	-------------

All'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.)

<input type="checkbox"/> Distretto Sociosanitario n° 1 Fax. Segreteria 041.5413535	<input type="checkbox"/> Distretto Sociosanitario n° 2 Fax. Segreteria 041.420002
---	--

OGGETTO: Domanda di attivazione Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
 il _____ residente a _____ Via _____ n. _____
 tel. _____ e-mail _____

* In qualità di (indicare il grado di parentela): _____

(*da compilare solo se persona diversa dall'Interessato)

CHIEDE

L'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

per sé stesso/a (se la domanda viene compilata dall'interessato)

per il/la Sig./Sig.ra _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____, Tel. _____

Tessera Sanitaria n. _____ Medico di medicina generale _____

Assistente Sociale di riferimento _____

DICHIARA

- di aver ricevuto la nota informativa sulle rette dei Centri Servizi del territorio dell'AULSS 13;
- di provvedere ad informarsi personalmente rispetto all'importo della retta prevista dalle strutture di accoglienza convenzionate che si trovano in territori di altre Aziende ULSS;

DICHIARA INOLTRE

di autorizzare il Servizio Sociale del Comune di residenza e l'AULSS 13 al trattamento dei dati personali, alcuni dei quali sono sensibili, avendo preso visione della seguente informativa relativa al trattamento dei dati (art. 13 D.Lgs 196/2003): "Ai sensi della normativa in oggetto, si informa che il trattamento dei dati personali forniti in questa sede, è finalizzato esclusivamente all'espletamento della pratica nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per l'avvio della pratica e la loro mancata indicazione può precludere l'attivazione della UVMD. Ai sensi dell'art. 7 del citato Decreto potrà accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, di opporsi al loro trattamento per legittimi motivi.

Data _____

Firma dell'interessato _____

Firma del familiare _____

Azienda ULSS 11
e
Comuni di: Campagna Lupia, Lampiongo,
Maggiore, Camponogara, Lido, Fiesse
D'Artico, Fosso, Martellago, Mira, Mirano,
Noal, Pianiga, Salzano, Santa Maria di Sala,
Scorzè, Spinea, Strà, Vigonovo

Modulistica
Domanda per Assistenza Sociosanitaria
Servizi Residenziali e Semiresidenziali

Pag. 2 di 4

PARTE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE RICEVE LA DOMANDA

Nome e Cognome (della persona da valutare in UVMD)

Descrizione del problema assistenziale

TIPO DI PROGETTO ASSISTENZIALE PREFIGURATO DAL RICHIEDENTE:

- Centro Diurno; Ricovero temporaneo; Ricovero temporaneo riabilitativo (RSA);
- Ricovero definitivo; Trasferimento da altro Centro Servizi; Altro _____;

Note:

Persona già valutata in UVMD;

L'interessato è seguito/conosciuto da:

Servizio Disabilità Adulti; Ser.D.; Centro di Salute Mentale;

Servizi residenziali /semi-residenziali (indicare quale _____)

Altro _____

Data _____

Firma _____



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 13
Direzione Servizi Sociali

Alla Direzione Amm.va Servizi Sociali

E socio sanitario

Ufficio Residenzialità Territoriale

Fax 041/5795269

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Tel. _____ * in qualità di _____

(indicare la relazione di parentela con l'interessato)

(* da compilare solo se la persona è diversa dall'interessato)

a seguito della valutazione UVMD effettuata in data _____

CHIEDE

che il/la sig./ra _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

venga inserito/a nella graduatoria per i Centri Servizi di seguito indicati (scegliere con una crocetta)

DICHIARA

- Di essere a conoscenza e di accettare che il ricovero, sia esso a tempo determinato (soggiorno temporaneo) o indeterminato, e l'accesso ai servizi semiresidenziali (centro diurno) presso i Centri Servizi (case di riposo) comportano il pagamento di una **retta alberghiera a carico dell'assistito e /o dei familiari**, come da modulo informativo precedentemente consegnato;
- Di essere a conoscenza che l'accesso al centro servizi è regolamentato da apposita iscrizione nominativa in graduatoria unica dell'Azienda ULSS ;
- Di provvedere ad informarsi personalmente rispetto all'importo della retta alberghiera applicata dai Centri Servizi convenzionati e afferenti ad altre Aziende ULSS.

ACCONSENTE

All'uso dei dati personali forniti, dichiarando di aver avuto in particolare conoscenza che alcuni dati rientrano nel novero di quelli sensibili di cui agli artt. 4 e 26 del D.Lgs. 196/03.

Data

Firma

**MODELLO SCELTE CENTRI SERVIZI**

Centro Servizi	Tipologia di servizi offerti
Anni Sereni Via Ronchi, 12 Scorzè (VE) Tel. 041 5848511 Mariagrazia.righetto@centroserviziannisereni.it	<input type="checkbox"/> Soggiorno Definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R <input type="checkbox"/> Intensità Media <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo <input type="checkbox"/> Centro Diurno <input type="checkbox"/> n. giorni/settimana _____
Casa di Riposo e Soggiorno "Don Vittorio Allegri ONLUS" Via G. Oberdan, 1 Salzano (VE) Tel 041 437500	<input checked="" type="checkbox"/> Soggiorno Definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo <input type="checkbox"/> Centro Diurno <input type="checkbox"/> n. giorni/settimana _____
I.P.A.B. "Luigi Mariutto" Via Zinelli, 1 Mirano (VE) Tel. 041 5799411 www.casaluigimariutto.it	<input type="checkbox"/> Soggiorno Definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R <input type="checkbox"/> Intensità Media <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo Riabilitativo
Casa di Riposo "Santa Maria dei Battuti" P.zza XX Settembre Noale (VE) Tel 041 4433875	<input type="checkbox"/> Soggiorno definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R
Centro di Soggiorno per Anziani "Riviera del Brenta" Via G. Garibaldi, 73 Dolo (VE) Tel 041 410192 www.residenzarb.it	<input type="checkbox"/> Soggiorno definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R <input type="checkbox"/> Intensità Media <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo <input type="checkbox"/> Centro Diurno <input type="checkbox"/> n. giorni/settimana _____
Centro Residenziale per Anziani "Umberto I" Via Zanella, 5 Stra (VE) Tel 049 9802283 www.craup.it	<input type="checkbox"/> Soggiorno definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R <input type="checkbox"/> Intensità Media <input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo <input type="checkbox"/> Centro Diurno <input type="checkbox"/> n. giorni/settimana _____ <input type="checkbox"/>
Centri Servizi extra ULSS 13 (Specificare) 1. 2.	<input type="checkbox"/> Soggiorno definitivo <input type="checkbox"/> Intensità M/R <input type="checkbox"/> Intensità Media
Periodi di Soggiorno Temporaneo:	
1 () 90 giorni di S.T. da usufruire il moduli da 30 giorni ciascuno nei mesi di _____	
2 () 30 giorni di S.T., eventualmente rinnovabili, da usufruire nel mese di _____ oppure nel quadrimestre di _____	
3 () 30 giorni di S.T. da usufruire nel mese di _____	

Data _____

Firma _____