RICHIESTA ATTIVAZIONE UVMD PER L'ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

recapiti telefonici _____ email _____

in qualità di:

☐ (grado di parentela o altro titolo che legittima la presentazione dell'istanza) _____

oppure

☐ per se stesso

CHIEDE

l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana per l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti.

DATI DEL BENEFICIARIO

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Prov. (_____) CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Domicilio (se differente dalla residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

Esprime preferenza per il seguente progetto:

☐ accoglimento a lungo termine
☐ accoglimento temporaneo
☐ accoglimento in Centro Diurno
☐ accoglimento in SAPA (Sezione Alta Protezione Alzheimer e altre demenze)
☐ accoglimento in SVP (Stati Vegetativi Permanenti)
☐ accoglimento SLA (Residenzialità per persone affette da Slerosi Laterale Amiotrofica)
☐ accoglimento in posto riservato a Religiosi
☐ traferimento ad altro Centro servizi
☐ altro _____

Trattasi di:
☐ prima domanda
☐ rivalutazione per aggravamento delle condizioni psichiche-fisiche-sociali
☐ rivalutazione per scadenza della validità SVaMA

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

Si allega:

☐ modulo "Centri di servizi residenziali e centri diurni" con le priorità di scelta

☐ modulo "Procedura di riconoscimento dell'impegnativa di residenzialità" firmato per presa visione ed accettazione

☐ copia documento di identità in corso di validità dell'assistito e, se altra persona, del richiedente

☐ copia del Decreto di nomina a tutore/amministratore di sostegno/curatore e relativo giuramento del Giudice Tutelare (se persona soggetta a misura di protezione giuridica)

Luogo, data _____

Firma _____

La domanda va inoltrata con una delle seguenti modalità:

- via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
- via mail a protocollo@aulss2.veneto.it
- via posta a "Ulss n. 2 Marca trevigiana" – Ufficio Protocollo – Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 – 31100 Treviso

oppure contattare l'Assistente Sociale del Comune di residenza del beneficiario

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it, in quanto applicabile.

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

PROCEDURA DI RICONOSCIMENTO DELL'IMPEGNATIVA DI RESIDENZIALITÀ

- la valutazione UVMD per l'accesso ai Centri di Servizio per persone anziane non autosufficienti ha **validità annuale**, dopo tale termine dovrà essere presentata nuova domanda
- il richiedente può **modificare le preferenze** in qualsiasi momento tramite comunicazione scritta al Distretto Socio Sanitario di competenza. La modifica delle stesse decorrerà dalla prima graduatoria utile
- il **punteggio minimo per l'accesso alla graduatoria** per il riconoscimento dell'impegnativa di residenzialità (contributo sanitario Regionale) dovrà essere uguale o superiore a 60 per gli accoglimenti a lungo termine, mentre i progetti di accoglimento temporaneo (compresi gli accoglimenti in SAPA) e di semiresidenzialità potranno accedere alla graduatoria indipendentemente dal punteggio
- nel caso l'interessato, o persona delegata, **rinunci** all'ingresso in qualsiasi Centro di Servizi tra quelli prescelti, il nominativo verrà tolto dalla graduatoria generale
- nel caso l'interessato, o persona delegata, rinunci all'ingresso in uno dei Centri di Servizi richiedendo di mantenere il proprio nome in graduatoria per gli altri prescelti, si provvederà ad eliminare la preferenza solo sul Centro Servizi per persone Anziane rifiutato
- nel caso l'interessato, o persona delegata, rinunci per la seconda volta si provvederà d'ufficio a rimuovere il nominativo dalla graduatoria generale; qualora desiderasse entrare nuovamente in graduatoria dovrà presentare una nuova domanda di valutazione
- nel caso l'interessato, o persona delegata, richieda al Centro Servizi per persone Anziane da cui è stato contattato la **sospensione momentanea** alla proposta di impegnativa di residenzialità ed all'ingresso in struttura di preferenza, il nominativo sarà sospeso, per un massimo di sei mesi anche su tutti gli altri Centri di Servizi scelti dallo stesso. Tale richiesta può essere modificata solo a seguito di ulteriore UVMD. La richiesta di sospensione è ammessa una sola volta ed è subordinata alla data di scadenza della valutazione
- nel caso l'interessato sia ricoverato in ospedale e non sia immediatamente o nell'arco di qualche giorno dimissibile, il nominativo verrà sospeso per un numero di giorni che tenga conto della data prevista di dimissione
- trascorsi i periodi di sospensione di cui ai punti precedenti l'interessato verrà automaticamente inserito nella graduatoria nella posizione corrispondente al proprio punteggio
- all'interessato, o alla persona delegata, **verrà inviato** tramite mail o lettera, **l'esito della valutazione UVMD indicativamente entro 10 giorni dalla data di effettuazione della stessa**. La SVaMA completa potrà essere richiesta dall'interessato, o da persona delegata, al relativo Distretto Socio Sanitario di competenza

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

dichiara di aver preso visione e compreso le informazioni sopra riportate.

Luogo, data _____

Firma _____

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

CENTRI DI SERVIZI RESIDENZIALI E CENTRI DIURNI

(Strutture autorizzate, accreditate e convenzionate per anziani non autosifficienti)

Gentile Utente, nelle tabelle sottostanti puù scegliere i Centri di Servizi inserendo nella colonna "Priorità di scelta" numeri progressivi (da 1 a 6) a seconda dell'ordine di preferenza. Può inserire anche eventuali Centri di Servizi afferenti a territori di altre ASL ma sempre fino ad un massimo di 6 preferenze.

DISTRETTO ASOLO

Centri di servizi	Comune	Unità di offerta presenti						Priorità di scelta	Telefono 0423
		Livello		Sezioni speciali			CD[4]		
		I°	II°	SAPA[1]	SVP[2]	SLA[3]			
Centro residenziale per anziani "Domenico Sartor"	Castelfranco Veneto	•	•		•		•		738111
Casa di riposo "Umberto I°"	Montebelluna	•	•	•			•		287101
Opere Pie d'Onigo "Cav. Giuseppe Sabbione"	Pederobba	•	•		•	•	•		694718
Opere Pie d'Onigo "Guglielmo e Teodolinda d'Onigo"	Pederobba	•							694718
Casa di riposo "Guizzo-Marseille"	Volpago del Montello	•	•				•		620106
Casa di riposo "Aita"	Pieve del Grappa	•	•				•		930984
Istituto di soggiorno per anziani "San Gregorio"	Valdobbiadene	•	•						9778
Casa di soggiorno Prealpina	Cavaso del Tomba	•	•						562165
O.I.C. Centro residenziale per anziani "Mons. L. Crico"	Vedelago	•	•						704000
O.I.C. Centro residenziale per anziani "Civitas Vitae"	Vedelago	•							704000
Casa di riposo per anziani "Villa Belevedere"	Crocetta del Montello	•	•						86289
Casa di riposo e Opere Pie riunite	Vidor	•							985153
Casa di riposo "Villa Fiorita"	Cornuda	•							83595

Legenda: [1] Sezione Alta Protezione Alzheimer – [2] Stati Vegetativi Permanenti – [3] Residenzialità per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica – [4] Centro Diurno

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO

Centri di servizi	Comune	Unità di offerta presenti						Priorità di scelta	Telefono 0438
		Livello		Sezioni speciali			CD[4]		
		I°	II°	SAPA[1]	SVP[2]	SLA[3]			
Istituto Cesana Malanotti "Casa del sole"	Vittorio Veneto	•	•		•		•		9488
Istituto Cesana Malanotti "Casa arcobaleno"	Vittorio Veneto	•	•						9488
Istituto Cesana Malanotti "Residenza Papa Luciani"	San Vendemiano	•							9488
Istituto Padre Pio	Tarzo	•	•	•			•		925046
Casa Fenzi "Residenza ovest"	Conegliano	•	•		•				63545
Casa Fenzi "Residenza est"	Conegliano	•							63545
Casa San Pio X	Cordignano	•	•						995083
Istituto Bon Bozzolla	Farra di Soligo	•	•						841311
Opera Immacolata di Lourdes (anche per religiosi)	Conegliano	•					•		361211
Casa Eliseo e Pietro Mozzetti	Vazzola	•					•		740988
Fondazione casa per anziani	Pieve di Soligo	•					•		82290
Residenza per anziani "Casa amica"	Fregona	•							585594
Istituto "F. Botteselle"	Farra di Soligo	•							898135
Casa soggiorno "Divina provvidenza" (anche per religiosi)	S. Lucia di Piave	•							700111
Casa di riposo "Villa Bianca" (anche per religiosi)	Tarzo	•							587101
Fondazione De Lozzo Da Dalto ONLUS	S. Pietro di Feletto	•							784328
RSA San Giuseppe	Follina	•							973600
Centro diurno al centro gli anziani	Gaiarine						•		768038

Legenda: [1] Sezione Alta Protezione Alzheimer – [2] Stati Vegetativi Permanenti – [3] Residenzialità per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica – [4] Centro Diurno

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

DISTRETTO TREVISO SUD

Centri di servizi	Comune	Unità di offerta presenti						Priorità di scelta	Telefono 0422
		Livello		Sezioni speciali			CD[4]		
		I°	II°	SAPA[1]	SVP[2]	SLA[3]			
ISRAA – Istituto "G. Menegazzi"	Treviso	•	•		•		•		414511
ISRAA – Istituto "R. Zalivani" (per donne)	Treviso	•							414811
ISRAA – La casa albergo	Treviso	•							414750
ISRAA – Residenza per anziani città di Treviso	Treviso	•	•	•		•	•		414411
Centro servizi "Villa delle magnolie"	Monastier	•	•			•			896302
Fondazione villa d'argento – casa di riposo	Silea	•	•				•		460170
Centro servizi "Santa Maria Dè Zairo"	Zero Branco	•							486204
Ass. Cà dei fiori – casa di riposo "C. Cosulich"	Casale sul Sile	•					•		820567
Residenza per anziani città di Roncade	Roncade	•	•						707445
Residenza per anziani Casa Mia Casier	Casier	•							382170
Istituto Costante Gris – casa di riposo	Mogliano Veneto	•							041.599 8367
Casa di riposo suore francescane missionarie del Sacro Cuore (per donne)	Treviso	•							417711
Pensionato San Vincenzo De Paoli	Treviso	•							361410
Casa del clero (solo per religiosi)	Treviso	•							324570
Istituto Canossiano "G. Bakita" (solo per religiosi)	Treviso	•							267411

Legenda: [1] Sezione Alta Protezione Alzheimer – [2] Stati Vegetativi Permanenti – [3] Residenzialità per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica – [4] Centro Diurno

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

DISTRETTO TREVISO NORD

Centri di servizi	Comune	Unità di offerta presenti						Priorità di scelta	Telefono 0422
		Livello		Sezioni speciali			CD[4]		
		I°	II°	SAPA[1]	SVP[2]	SLA[3]			
Residenza per anziani Dott. Dal Monego"	Oderzo	•	•		•		•		507711
Residenza sede amministrativa	Oderzo		•						507711
Casa Gino e Pierina Marani	Villorba	•	•				•		608754
Casa alloggio per anziani di Paese	Paese	•					•		451118
Casa Gino e Pierina Marani	Povegliano	•							870041
Centro servizi tre carpini	Maserada sul Piave	•	•						777811
Casa di riposo N.D.M. Tomitano e N. Boccassini	Motta di Livenza	•	•						860018
Centro servizi Gianni Marin	Ponte di Piave	•							759137
Villa dr. L. Tomasi	Spresiano	•							725026
O.I.C. Centro polifunzionale Arturo e Irma Simonetti	Oderzo	•							8161
Casa albergo Angela Rusalen	Meduna di Livenza	•							865127
Villa Vittoria	San Polo di Piave	•							856637
Casa Luigi e Augusta centro servizi per anziani	Ormelle	•	•						751135

Legenda: [1] Sezione Alta Protezione Alzheimer – [2] Stati Vegetativi Permanenti – [3] Residenzialità per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica – [4] Centro Diurno

EVENTUALI CENTRI DI SERVIZI AFFERENTI AD ALTRE ASL

Nome centro servizi	Priorità di scelta

DATI UTENTE

Cognome e nome _____

nato/a il _____ Codice Fiscale _____

Luogo, data _____

Firma _____

Comune di San Biagio di Callalta - Prot. arrivo N. 0028143 del 23-12-2022

Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Resa nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel. _____ cell. _____

in qualità di (specificare se: *coniuge, figlio, fratello, ecc...)* _____

del/della sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ Via _____;

in riferimento alla domanda di attivazione U.V.M.D. del ___/___/_____ per l'accesso del predetto/della predetta presso le Strutture per anziani non autosufficienti;

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003,

DICHIARA

che il predetto/la predetta

(Barrare le caselle corrispondenti ai campi compilati)

☐ percepisce una pensione **netta** mensile pari ad € _____;

☐ _____ l'indennità di accompagnamento invalidi civili;
(specificare se percepisce o non percepisce)

☐ è in attesa dell'indennità di accompagnamento riconosciuta in data _____;

☐ percepisce una indennità INAIL **netta** mensile pari ad € _____;

☐ percepisce altri redditi derivanti da (*specificare*) _____
pari ad € netti mensili _____ oppure € netti annui _____;

☐ è invalido civile al _____% come da certificazione sanitaria, rilasciata dall'organo competente, che si allega in copia alla presente dichiarazione;

☐ risiede in un alloggio _____;
(specificare se: di proprietà, in usufrutto, in affitto, altro titolo)

☐ sostiene per l'affitto della casa di abitazione una spesa mensile di € _____;

☐ sostiene per il mutuo della casa di abitazione una spesa mensile di € _____;

☐ _____ beni immobiliari, oltre alla eventuale casa di abitazione;
(specificare se possiede o non possiede)

☐ _____ patrimonio mobiliare (es. conti/correnti, Titoli, Azioni, ecc..);
(specificare se possiede o non possiede)

☐ possiede, alla data odierna, un patrimonio mobiliare pari ad € _____
(derivante da: depositi finanziari e conti correnti bancari e postali, titoli di stato, obbligazioni, certificazioni di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, premi versati per contratti di assicurazioni mista sulla vita e di capitalizzazione, valore del patrimonio netto per aziende o società di imprese individuali, azioni, altre somme di denaro);

dichiara inoltre:

☐ che le persone civilmente obbligate del predetto/della predetta, ai sensi dell'art. 433 del C.C., sono le seguenti *(coniuge; figli e, in loro mancanza, i loro discendenti prossimi; genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; generi e nuore; suocero e suocera; fratelli e le sorelle)*:

COGNOME E NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE	RESIDENZA E TELEFONO

☐ che la retta di ricovero sarà sostenuta interamente dall'interessato, in quanto presenta sufficiente disponibilità economico-finanziaria e/o patrimoniale;

☐ che la retta di ricovero sarà integrata dai civilmente obbligati fino a copertura completa delle spese;

Luogo e data _____

Il dichiarante

_____

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido del dichiarante

REGIONE DEL VENETO

ULSS2

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN CASO DI ACCESSO PER PRESTAZIONI TERRITORIALI

(Regolamento UE 679/2016 – D.Lgs. n. 196/2003)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

DICHIARA

di aver acquisito e compreso l'informativa per i servizi territoriali di cui all'art. 13 del Reg. (UE) 679/2016 (*di seguito GDPR*) relativa al trattamento dei dati personali in qualità di *(scegliere l'opzione corretta)*:

☐ diretto interessato *(me stesso)*
☐ genitore del/la minore sig./ra _____
☐ tutore del/la sig./ra _____
☐ amministratore di sostegno del/la sig./ra _____
☐ responsabile della struttura di assistenza del/la sig./ra _____
☐ altro *(specificare)* _____

☐ **ESPRIME IL CONSENSO** ☐ **NEGA IL CONSENSO**

perché il personale sanitario e socio sanitario incaricato dall'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana possa dare informazioni sullo stato di salute proprio o della persona rappresentata e sopra indicata a *(scegliere l'opzione corretta)*:

☐ familiare *(indicare il grado di parentela)* _____
☐ medico / pediatra _____
☐ altro *(specificare)* _____

☐ **ESPRIME IL CONSENSO** ☐ **NEGA IL CONSENSO**

perché il personale sanitario e socio sanitario incaricato dall'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana possa effettuare le seguenti attività, sia per finalità terapeutiche che per necessità correlate all'effettuazione di attività educative/animativi e di integrazione sociale

☐ riprese fotografiche/filmati per finalità educative
☐ riprese fotografiche/video durante gli incontri
☐ registrazioni audio degli incontri.

Luogo, data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

Consenso reso dal 2° genitore del minore

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

in qualità di genitore del minore sig./ra _____

esprime i consensi di cui sopra, ai sensi dell'art. 13, 14 e 15 del GDPR.

Luogo, data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

Incapacità alla sottoscrizione

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (*indicare ruolo e struttura di servizio*) _____

ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs. 196/2003 dichiara che al momento di prestare l'assistenza il signor/ra _____ _____ non è nelle condizioni psicofisiche di poter sottoscrivere il consenso.

Luogo, data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____