



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
 PER L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI
 DELLA ULSS N. 2 MARCATREVIGIANA – DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO**

Al Direttore 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 dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) sia ritenuto idoneo l'inserimento in graduatoria per il riconoscimento di Impegnativa di Residenza o Semiresidenzialità per Anziani non autosufficienti, esprime preferenze per le Strutture 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;
- le preferenze espresse per i Centri di servizi 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 Residenza Anziani della Ulss n.2 Marca trevigiana - Distretto Pieve di Soligo 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 Strutture idonee all'accoglienza;
- sarà contattato dai Centri di servizi indicati, secondo l'ordine di graduatoria; alla prima chiamata, da parte di una di questi, la rinuncia all'inserimento comporterà la cancellazione dalla graduatoria.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, all'Ufficio Residenza 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 _____