


**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 Residenzialità 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 Residenzialità 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 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.V.A.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)