

Allegato 3**RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER
L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI
TERRITORIALI DELL'ULSS N.20 - VERONA**

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO: n. 1 n.2 n.3 n.4

TRAMITE:

I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI _____

I SERVIZI SOCIALI DELL'OSPEDALE _____

I SERVIZI SOCIALI DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE _____

Trasmesso il _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

C.a.p. _____ Prov. _____ Tel. _____

Diretto interessato

Famigliare: Figlio Coniuge Fratello Altro _____

Assistente sociale: Comune Azienda Ospedaliera Ospedale ULSS 20 Struttura residenziale

Medico Curante

Medico Ospedaliero – Ospedale _____ servizio _____

Altro _____

CHIEDEDI ATTIVARE LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI PER L'ACCESSO ALLA
RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI.

Per il/la Sig./ra _____ Nato/a il _____

residente a _____ Via _____

tel. _____ Codice Sanitario _____

Medico di Medicina Generale _____

1 ^ VALUTAZIONE RIVALUTAZIONE ALTRO PROFILO ASSISTENZIALE
FA PRESENTE DI SOTTOSCRIVERE LA DOMANDA IN QUANTO L'INTERESSATO/A

Data _____

Firma _____

EVENTUALI OPZIONI PER IL/LA SERVIZIO/STRUTTURA INDIVIDUATO/A:

Assistenza domiciliare integrata (ADI) (a prevalente impegno sanitario complesso)
 R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistita) di: Cologna Veneta Tregnago
 Hospice
 S.V.P. (Stato Vegetativo Permanente)

Assistenza domiciliare Socioassistenziale (a prevalente impegno Sociale)

Altri servizi della rete quanto presenti e attivabili _____

Centro diurno Socio Sanitario _____

Casa di Riposo/Centro Servizi/Centro Residenziale (Segnare quelle di interesse)

C.d.R. ALBAREDO D'ADIGE	Albaredo D'Adige	
C.d.R. BALDO SPREA	Illasi	
C.d.R. B.STECCANELLA OASI	Cazzano di Tramigna	
C.d.R. CARDO D.	Cologna Veneta	
C.d.R. CASSINI OASI	San Bonifacio	
C.d.R. CITTA' di VERONA	Verona	
C.d.R. F. MUSSOLIN OASI	San Bonifacio	
C.d.R. DON GARONZI IAA	Grezzana	
C.d.R. DON LUIGI ROSSI	Arcole	
C.d.R. FRATERNITAS	Colognola ai Colli	
C.d.R. F.GODI OASI	Gazzolo d'Arcole	
C.d.R. P.C. BRESCIANI	Verona	
C.d.R. O.P.C.A. DA PRATO	Caldiero	
C.d.R. POLICELLA	Castel D'Azzano	
C.d.R. SACRO CUORE SR.MISERICORDIA	Mezzane di Sotto	
C.d.R. SANTA CATERINA	Verona	
C.d.R. SAN CAMILLO	Verona	
C.d.R. SAN GIUSEPPE	S.Martino Buon Albergo	
C.d.R. SERENA PIA CICCARELLI	Verona	
C.d.R. VILLA S.GIACOMO	Boscochiesanuova	
C.d.R. VILLA SCRINZI OASI	Soave	
Centro ASS.PADRI COMBONIANI	Verona	
Centro RES.CA' DI DAVID	Verona	
Centro Ass. FERMO SISTO ZERBATO	Tregnago	
Centro PRO. BERTONI IAA	Verona	
Centro PROT. DON L.CAPORALI IAA	Verona	
Centro RES. MARZANA IAA	Verona	
Centro RES. VILLA MONGA IAA	Verona	
Centro RONCARI IAA	Verona	
Fond. DON MOZZATTIN	Monteforte d'Alpone	
Fond. PIA OPERA CICCARELLI	S.G.Lupatoto	
Altro _____		

Si ravvisa la necessità di una pronta accoglienza per assoluta urgenza sociale in attesa di istituzionalizzazione (Si veda relazione sociale nella SVAMA).

Persona di riferimento:		
Cognome Nome _____		
Recapito _____		
Telefono _____		
Familiare	Operatore dei servizi	Altro _____

- 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.
- Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al:

Distretto n.1

Distretto n.2

Distretto n.3

Distretto n.4

ogni variazione intervenuta rispetto ai dati dichiarati con particolare attenzione per il cambio di residenza.

Il sottoscritto dichiara:

di consentire alla comunicazione di tali dati a soggetti terzi solamente a fini istituzionali di epidemiologia, prevenzione, cura e riabilitazione e reinserimento sociale, nonché per i prescritti adempimenti contabili – amministrativi (ticket, rimborsi fra ULSS, rivalse quote partecipazione, statistiche o simili). Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa. Si riserva la possibilità di modificare tale consenso tramite nota scritta.

Data _____

Firma _____