

Modulo domanda Anziani

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario n° _____

OGGETTO: Domanda di attivazione U.V.M.D.

___/___ sottoscritto/a _____

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

Tel. persona di riferimento da contattare: _____

*in qualità di _____

(*da compilare solo se persona diversa dall'interessato indicando il grado di parentela o altro titolo in base al quale è legittimato a presentare l'istanza)

CHIEDE (barrare la casella)

1. L'attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale per sé stesso/a (se la domanda viene compilata dall'interessato)

* oppure per ___/___ Sig./Sig.ra _____

nat ___ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

data iscrizione anagrafica _____ Tessera Sanitaria n° _____

medico di medicina generale _____

AFFINCHE' VENGA

a accolto/a presso i centri di servizio per anziani non autosufficienti indicati nel modulo "Strutture" secondo la priorità di scelta, per il seguente progetto:

<input type="checkbox"/>	Ricovero definitivo
<input type="checkbox"/>	Ricovero temporaneo dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	Ricovero centro diurno
<input type="checkbox"/>	Ricovero in Sezione Alta protezione Alzheimer (SAPA)
<input type="checkbox"/>	Ricovero in Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP)
<input type="checkbox"/>	Altro :

b rivalutato/a per aggravamento delle condizioni psico - fisiche - sociali

2. Trasferito/a dalla Casa di Riposo: _____

alla Casa di Riposo: _____

Data, _____

Dichiara di essere informato che qualora la domanda sia presentata da un parente o altro familiare "di riferimento" sarà opportuno attivarsi per la nomina dell'Amministratore di Sostegno;

Dichiara altresì di essere informato che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della L. 196/2003 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice;

Richiede che la documentazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

Firma _____

modulo strutture "Servizi residenziali dell'U.L.S.S. 9"
Elenco dei Centri di Servizi Residenziali dell'U.L.S.S. 9
 Posti letto autorizzati/accreditati per non autosufficienti

Barrare con una X la/e struttura/e scelta/e indicando l'ordine di priorità(1° 2° 3°..).

ELENCO CENTRI DI SERVIZI PER DISTRETTO	LIVELLO		COMUNE	POSTI LETTO	STRUTTURA SCELTA		NUMERI TELEFONICI	
	1°	2°			X	N°		
DISTRETTO 1 - TREVISO	1°	2°			X	N°		
ISRAA			TREVISO	630			0422/4146	
Menegazzi (**)	•	•						0422/414511
Zalivani	•							0422/414811
Casa Albergo	•							0422/414750
Residenze per Anziani Città di Treviso (*)	•	•						0422/414411
SUORE FRANCESCANE	•		TREVISO	30			0422/417711	
PENSIONATO S. VINCENZO	•		TREVISO	13			0422/361410	
FONDAZIONE VILLA D'ARGENTO	•		SILEA	80			0422/460170	
DISTRETTO 2 - PAESE - VILLORBA	1°	2°						
CASA ALLOGGIO E CENTRO DIURNO DI PAESE	•		PAESE	48			0422/451118	
CASA DI RIPOSO MARANI E RSA	•	•	VILLORBA	94			0422/608754	
	•		POVEGLIANO	26			0422/870041	
CENTRO RESIDENZIALE TRE CARPINI	•		MASERADA	76			0422/777811	
VILLA DR. TOMASI	•		SPRESIANO	91			0422/725026	
DISTRETTO 3 - MOGLIANO	1°	2°						
CASA SOGGIORNO VILLA DELLE MAGNOLIE	•	•	MONASTIER	130			0422/896302	
CASA DI RIPOSO COSULICH - Cà dei Fiori	•		CASALE sul SILE	52			0422/820567	
RESIDENZA PER ANZIANI "CITTA' DI RONCADE"	•		RONCADE	65			0422/707445	
RESIDENZA CASAMIA CASIER	•		CASIER	104			0422/382170	
CASA DI RIPOSO "S. MARIA DE' ZAIRO"	•		ZERO BRANCO	60			0422/486204	
ISTITUTO GRIS	•		MOGLIANO VENETO	135			041/5998105	
DISTRETTO 4 - ODERZO	1°	2°						
RESIDENZA PER ANZIANI ODERZO (**)	•	•	ODERZO	125			0422/507711	
O.I.C. SIMONETTI	•		ODERZO	60			0422/8161	
CASA DI RIPOSO "TOMITANO E BOCASSIN"	•	•	MOTTA di LIVENZA	134			0422/860018	
CASA ALBERGO "A. RUSALEN"	•		MEDUNA di LIVENZA	15			0422/865127	
CASA DI RIPOSO DI PONTE DI PIAVE	•		PONTE di PIAVE	69			0422/759137	
FONDAZIONE S. PAOLO	•		S. POLO di PIAVE	40			0422/856637	
ANNI SERENI "LUIGI E AUGUSTA" CITTA' DI ORMELE	•		ORMELLE	120			0422/422498	
Altre strutture fuori U.L.S.S. 9:					X	N°		

(*) compresa Sez. Alta Protezione Alzheimer.

(**) compresa Sez. Stati Vegetativi Permanenti.

Chiedo di essere contattato/a solo per posti disponibili presso le strutture prescelte.

DATA _____

FIRMA _____