

Informativa e domanda di Valutazione Multidimensionale

DISTRETTO SOCIOSANITARIO AREA OVEST ASSEMINI
Punto Unico di Accesso

Il/la Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ___/___/___ e residente in _____
via _____ n. _____
C.F. _____ tel. _____
e-mail _____

in qualità di:

- destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) del destinatario dell'intervento

consapevole di quanto prescritto dagli articoli 76 e 73 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Richiede l'**effettuazione della valutazione multidimensionale** per l'attivazione di un percorso di cura appropriato ai bisogni sociosanitari per/di:

- me medesimo
- del Sig./ Sig.ra

(Dati anagrafici del destinatario degli interventi, qualora non coincida con la persona del richiedente)

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ___/___/___ e residente in _____
via _____ C.F. _____
domiciliato in _____ via _____ n. _____

A) Motivo della richiesta: descrivere brevemente i bisogni per i quali si richiede l'intervento del PUA

B) Sede dell'intervento residenziale: indicare massimo n°2 strutture dove si richiede preferibilmente l'inserimento.

1. _____
2. _____

(La richiesta verrà soddisfatta solo se compatibile con il "Piano di Assistenza Individuale" redatto dall'UVT e in base all'effettiva disponibilità di posti letto al momento dell'ingresso)

Data ___/___/___

Firma * _____

Dichiara di avere preso visione dell'Informativa sulla valutazione Multidimensionale e di essere stato informato verbalmente in maniera chiara ed esaustiva sulle attività e procedure necessarie per dare seguito alla richiesta di intervento formulata;

Data ___/___/_____ Firma * _____

Data e firma dell'operatore che fornisce l'informazione _____

* Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

Allegare altresì fotocopia del documento di identità della persona da valutare.

Per destinatari dell'intervento di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.

Informativa sulla valutazione Multidimensionale

(rivolta al destinatario dell'intervento o suo rappresentante titolato a sottoscrivere la domanda di Valutazione Multidimensionale)

Gent.ma/mo,

a completamento di quanto già spiegato a voce sulle attività del servizio PUA–UVT del Distretto Area Ovest di Assemini, in relazione alla valutazione sul Suo stato di salute, alle Sue necessità assistenziali e alla predisposizione di un adeguato piano di cura, desideriamo riassumerLe con questo sintetico documento le informazioni che La riguardano, relative alle attività e procedure necessarie per dare seguito alla Sua richiesta di intervento del nostro Servizio.

Le chiediamo di leggere attentamente quanto segue:

1. per poter procedere alla verifica dei Suoi bisogni di salute, in fase iniziale, il PUA raccoglie tutte le informazioni utili, di natura medica, sociale ed economica, sia attraverso il contatto diretto con Lei, i Suoi familiari o il Suo legale rappresentante, sia attraverso il contatto con Enti o Servizi che posseggono informazioni utili per comprendere la Sua situazione sul piano sanitario, sociale e assistenziale (es. il Comune, l'ospedale, etc);
2. gli operatori del PUA, se lo ritengono necessario, potranno effettuare visite presso il Suo domicilio o presso la struttura dove Lei dovesse trovarsi assistito/ricoverato;
3. il PUA trasferisce le informazioni raccolte all'UVT, che le utilizza per individuare e proporLe un progetto di assistenza e cura dove saranno indicati i tempi, le modalità e gli eventuali costi, il possibile coinvolgimento di altri Enti o Servizi, sanitari e sociali, idonei ad erogare gli interventi che La riguardano;
4. Lei o il Suo rappresentante legale verrà informato dell'esito della valutazione e del programma di intervento che Le verrà eventualmente proposto anche attraverso l'invio di comunicazione scritta;
5. L'operatore del PUA che Le sottopone il presente scritto è a disposizione per fornirLe ogni ulteriore chiarimento prima che Lei sottoscriva la richiesta di Valutazione Multidimensionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE PER FINI DI CURA

Io sottoscritto/a (nome e cognome), _____,
nato/a _____, il ____ . ____ . ____ ,
codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□ ,
residente a (comune, provincia, stato) _____ ,
in via (indirizzo) _____ ,
per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

legale rappresentante (genitore, tutore) amministratore di sostegno
di (nome e cognome) _____ ,
nato/a a _____, il ____ . ____ . ____ ,
codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□ ,
residente a (comune, provincia) _____ ,
in via (indirizzo) _____ ,

consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, preso atto della informativa sul trattamento dei miei dati personali

autorizzo il trattamento dei miei dati di salute per fini di cura

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Tutela della Salute e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

luogo e data

firma (estesa e leggibile)