Allegato 1 - Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria
da presentare in duplice copia

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. AT
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)
Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio

❒ RICHIESTA ❒ SEGNALAZIONE

❒ di **Valutazione Multidimensionale**

❒ di **Rivalutazione** **sanitaria** ❒ **sociale** ❒ **socio-sanitaria** ❒

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il Signor/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / _____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

Medico Curante: _____tel. _____

La richiesta è avanzata dal

❒ diretto interessato

o dal ❒ tutore ❒ amministratore di sostegno

Sig/ra _____ _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e – mail _____

La segnalazione è avanzata dal

❒ coniuge/convivente (specificare) _____

❒ prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____

❒ altro (specificare) _____

Sig/ra _____ _____

nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e – mail _____

A tal fine:
consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

C O M U N I C A C H E

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra

_____

riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

Servizio sanitario ❒ Si ❒ No	Quale /i
Servizio sociale ❒ Si ❒ No	Quale /i

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:
- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- (Attestazione di richiesta del) Modello ISEE **socio sanitario (non residenziale)**
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).
Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:
- _____
- _____
- _____
- _____

==========

Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:
- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

==========

Per la **rivalutazione sociale**:
ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 ripresenta "la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"
- _____
- _____
- _____

==========

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016, ripresenta "la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"

- _____
- _____
- _____

C H I E D E C H E

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune ___ _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

==========

Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

L'Espressione di consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UVG e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

_____
(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

_____
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

N.B. È importante ricordare al richiedente:

di presentare la richiesta di valutazione/rivalutazione in **duplice copia:** una sarà depositata, l'altra gli verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione da parte della Segreteria dell'UVG o dello Sportello Unico.

==========

AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, (analogamente, in caso di cambio di indirizzo nell'ambito del Comune di Torino, che comporti anche il cambio di ASL di residenza tra le due ASL torinesi), deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza (indirizzo per Torino), alla nuova ASL di residenza.
Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:
- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione sociosanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:
- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria,

ossia:
- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);
- la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale, salvo i casi per i quali il cambio di indirizzo è avvenuto all'interno del Comune di Torino e comporta il passaggio di competenza tra l'ASLTO1 e l'ASL TO2.
A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova Richiesta di valutazione,** corredata da una nuova l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).
Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

Luogo e data _____

_____
(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI
DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,
conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) tratterà dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione sociosanitaria ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento
Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale.

Modalità del trattamento
Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto
Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione. In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione
I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato
La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.
Titolare del trattamento dei Suoi dati è: _____
(indicare la persona fisica responsabile a cui rivolgersi con il riferimento e-mail)

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, anche del proprio

Il Signor/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

telefono/cell. _____ e-mail_____

Cod. Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di: ❒ tutore ❒ amministratore di sostegno

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale, di:

❒ esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati

❒ negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione/rivalutazione e in sua assenza non si potrà dare esito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____

-

INTERVENTI SOCIO – ASSISTENZIALI ANZIANI
AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto .....nato a .....
il ..... codice fiscale .....
residente a ..... Via .....
Tel.....

Consapevole delle responsabilità civili e penali per le false dichiarazioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N.445, sanzionate dagli artt. 494 e seguenti del Codice Penale e dei controlli che potranno essere eseguiti d'ufficio circa la veridicità delle informazioni di seguito certificate:

DICHIARO

che il famigliare/conoscente per il quale presento domanda, sig./ra_____ percepisce i seguenti redditi netti mensili):

Pensione	€
Indennità di accompagnamento dal	€
Altre indennità (ad esempio pensione da guerra etc.)	€
Altri redditi (affitti, ecc…)	€

Abitazione principale in locazione e/o mutuo
Canone e/o mutuo mensile €.....

Coniuge convivente.....codice fiscale.....
Redditi complessivi mensili del coniuge €.....

Si dichiara che negli ultimi cinque anni sono state effettuate donazioni: NO
SI per un valore di €_____

Si prende atto che, per coloro che hanno in corso la richiesta di invalidità civile, la Commissione UVG verificherà presso la Medicina Legale l'esito della visita per il riconoscimento della suddetta invalidità tenendone già conto nella suddetta riunione per la valutazione della condizione economica.

C.I.S.A. - ASTI SUD

Città di Asti

CONSORZIO PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Si prende atto che, per coloro che non presentano l'ISEE socio sanitario come documentazione necessaria ai fini della valutazione sociale, si attribuirà punteggio ZERO per la condizione economica.

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o dal figlio/a o da altro parente in linea diretta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante.
La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Data.....

Firma.....