



# ICDp

## IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER UTENTI CON DISABILITA' PSICHICA E INTELLETTIVA

### 1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|

Codice Fiscale |\_|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

*indicare se diverso dalla residenza:*

domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Medico di Medicina Generale, dr.** \_\_\_\_\_

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Età compresa tra 3 e 64 anni:
- 2) Grave disabilità psico-fisica (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento:
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEEI individuale: |\_|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|,00 €

Data di compilazione |\_|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Il funzionario

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

### 2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità <sup>1</sup>	
Punteggio ISEE	$[\text{ISEEi}_{\text{max}_2} / \text{ISEEi}] \times 5$
<b>Punteggio per l'inserimento in graduatoria</b>	<b>TOT.</b>

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di:  contributo economico,  servizi di aiuto alla persona

Data di compilazione |\_|\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|\_|\_|\_|

Il responsabile dell'UVMD

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

**Allegati: Certificazione ISEE, Scheda valutazione disabilità, Certificazione ai sensi della Legge 104/1992**

<sup>1</sup> Espresso in sessantesimi

<sup>2</sup> Definito dalla programmazione regionale.

<sup>3</sup> Se ISEEI < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00