

ICDf

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE UTENTI CON DISABILITA' FISICO-MOTORIA

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 18 e 64 anni:
- 2) Grave disabilità fisico-motoria (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento:

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

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità ¹	
Valore ISEEi €	_ _ _ . _ _ _ _ ,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEEi ²]
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	TOT.

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

¹ Espresso in sessantesimi

² Se ISEEi < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00