

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

- Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
 - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

residente nel Comune di _____ (____)

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)**

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
02.Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
04.Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
05.Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
10.Disponibilità cibo in casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
11.Convivenza con animali domestici*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
13.Pulizia della casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
14.Riordino della casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
15.Riscaldamento (inverno)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
16.Condizionamento (estate)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	

* Facoltativo per ICDA e ICDp

In fede,

Luogo, _____

Data |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

Numero: _____

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione del Veneto, del suo Comune di residenza (o dell'Ente da questi delegato) e della Azienda ULSS a cui fa capo il Comune.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Cura Domiciliare (di seguito ICD), della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale (per le ICDb) o dalle UVMD distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR _____, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alla programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Assegno di cura in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda (Comune o ente delegato, per l'ICDb, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD)

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICD nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

Luogo, _____

Data |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)



REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda
ULSS

AZIENDA ULSS N. ____ - COMUNE DI _____

Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR ____/____ PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICDb

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

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

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC ⁴
Prima patologia		_ _ _
Eventuale patologia concomitante		_ _ _
Eventuale 2 ^a patologia concomitante		_ _ _

OBIETTIVI, NOTE _____

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE PUNTEGGIO |_|_|⁵

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale⁶	<input type="checkbox"/> 1 Non assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

Il MMG

L'assistente sociale

(timbro e firma)

(timbro e firma)

Data, |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Data, |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

⁴ La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR 2961/2012

⁵ Sommare i punteggi di tutte le aree

⁶ La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA



REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda
ULSS

ICDm

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON MEDIO BISOGNO ASSISTENZIALE

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) Presenza di gravi disturbi comportamentali rilevata dal MMG: punteggio PCOMP da SVaMA = |_||^7
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDm)
- 3) Valore ISEE familiare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,00 €

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

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata	
Punteggio ISEE	[ISEE _{max} ⁸ / ISEE ⁹]x5
Punteggio NPI "frequenza per gravità" ¹⁰	
Punteggio NPI "stress caregivers" ¹¹	

⁷ Valori ammessi: 2 o 3.

⁸ Definito dalla programmazione regionale.

⁹ Se ISEE < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00

¹⁰ Non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno.

¹¹ Non deve essere inferiore a 20/60 punti.

Punteggio per l'inserimento in graduatoria	TOT.	
---	-------------	--

E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cognitivo (DGR 3542/2007): si, no

Indicare chi ha in carico la gestione farmacologica e non farmacologica della malattia di base e dei disturbi:

L'impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico, servizi tutelari domiciliari

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

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE, quadro sinottico SVaMA modificato e verbale test NPI

QUADRO SINOTTICO SVaMA	CRITERI E PRIORITÀ PER	ICDm e ICDA¹²
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

COGNOME E NOME:	DATA di NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SITUAZIONE COGNITIVA	VCOG	_ _ _ _	x 1.5 =	_ _ _ _
		(max 10)		
MOBILITÀ	VMOB	_ _ _ _	x 0.2 =	_ _ _ _
		(max 40)		
SITUAZIONE FUNZIONALE	VADL	_ _ _ _	x 0.2 =	_ _ _ _
		(max 60)		
NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA	VSAN	_ _ _ _	x 0,2 =	_ _ _ _
		(max 80)		(max 10)
Presenza disturbi comportamentali (se PCOMP = 2 o 3)		15	x 1.0 =	_ _ _ _

TOTALE SANITARIO	
-------------------------	--

(max 45)

SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto assistenziale proposto				
Totalmente indipendente	0			
Dipendente da parenti o da altre persone	2		x 1,0 =	_ _ _ _
Dipendente dall'Ente pubblico	6			
SITUAZIONE SOCIALE	VSOC	_ _ _ _	x 0.1 =	_ _ _ _
		(max 240)		

TOTALE SOCIALE	
-----------------------	--

(max 30)

Esistono alternative alla istituzionalizzazione	25
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	20
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	10
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	0

ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE	
---	--

(max 25)

TOTALE GENERALE	
------------------------	--

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

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

¹² Approvato con DGR ____/____



REGIONE DEL VENETO

ICDa

Logo Azienda
ULSS

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE

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) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24¹³:
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDa)
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEE familiare: |_|_|_|. |_|_|_|_|,00 €¹⁴

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

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria	
--	--

A

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico

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

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

¹³ Da confermare in UVMD con SVaMA

¹⁴ Deve essere inferiore a €60.000,00

Allegati: Certificazione ISEE. Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato



REGIONE DEL VENETO

ICDp

Logo Azienda
ULSS

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 ¹⁵	
Punteggio ISEE	$[\text{ISEEi}_{\text{max}}^{16} / \text{ISEEi}^{17}] \times 5$
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)

¹⁵ Espresso in sessantesimi

¹⁶ Definito dalla programmazione regionale.

¹⁷ Se ISEEI < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00

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



REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda
ULSS

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 ¹⁸	
Valore ISEEi €	_ _ . _ _ _ _ ,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEEi ¹⁹]
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

¹⁸ Espresso in sessantesimi

¹⁹ Se ISEEi <1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00