REGIONE DEL VENETO

Logo Azienda ULSS

ICD$_{SLA}$

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE UTENTI AFFETTA DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)

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) Certificazione Centro malattie rare ❑
2) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali: ❑
3) Valore ISEE familiare: |__|__|.|__|__|__|,00 €[1]

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

[1] Deve essere inferiore a € 60.000,00

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio ALSfrs pesato (pALSfrs)	
Punteggio Sociale (psco)	
Totale alternative all'istituzionalizzazione	
Punteggio graduatoria	
Classe gravità	
Coefficiente ISEE	
Importo mensile effettivo contributo	

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 della persona affetta dal SLA