REGIONE DEL VENETO

AZIENDA SANITARIA ULSS3

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