



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 ¹	
Punteggio ISEE	$[(ISEE_{i_{max}})^2 / ISEE_i^3] \times 5$
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)

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

¹ Espresso in sessantesimi

² Definito dalla programmazione regionale.

³ Se ISEE_i < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00