

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 ____/____/____

Assistente Sociale U.O.Dis.A.

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità ¹	
Valore ISEE€	____ ____ .____ ____ ,00
Punteggio ISEE	$[30.000,00 / ISEE^2] \times 10$
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)

¹ Espresso in sessantesimi

² Se ISEEI < 5.000,00 €, allora dividere per 5.000,00