

# ICDp



## IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER UTENTI MINORI 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):
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali:

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

Referente Area Minori

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

### 2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità <sup>1</sup>	
Valore ISEE €	_ _ . _ _ _ _ ,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEE <sup>2</sup> ]x10
<b>Punteggio per l'inserimento in graduatoria</b>	<b>TOT.</b>

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)

<sup>1</sup> Espresso in sessantesimi

<sup>2</sup> Se ISEEI < 5.000,00 €, allora dividere per 5.000,00