



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):
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali:

Data di compilazione ____/____/____/____/____/____

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità ¹	
Valore ISEE €	____/____/____,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEE ²]x10
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 sessantesimi² Se ISEEi < 5.000,00 €, allora dividere per 5.000,00