



# 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 <sup>1</sup>	
Valore ISEEi €	_ _ . _ _ _ _ ,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEEi <sup>2</sup> ]
<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)

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

<sup>1</sup> Espresso in sessantesimi

<sup>2</sup> Se ISEEi < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00