



ICDa

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE

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) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24¹:
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDa)
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEE familiare: |____|____|____|____|____|____|,00 €²

Data di compilazione ____/____/____

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria

A

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico

Data di compilazione ____/____/____

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)**Allegati: Certificazione ISEE, Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato**¹ Da confermare in UVMD con SVaMA² Deve essere inferiore a € 60.000,00