



## 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 h24<sup>1</sup>:
- 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 €<sup>2</sup>

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**<sup>1</sup> Da confermare in UVMD con SVaMA<sup>2</sup> Deve essere inferiore a € 60.000,00