



REGIONE DEL VENETO

CGp

REGIONE DEL VENETO

ULSS7
PEDEMONTANA**INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI CON DISABILITA' PSICHICA E INTELLETTIVA - SCHEDA DI RACCOLTA DATI**

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Codice Fiscale |_|_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

☞ Et  compresa tra 3 e 64 anni: ☞ Grave disabilit  psico-fisica (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennit  di accompagnamento: ☞ L'utente non   inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:

4) Valore ISEEI individuale: |_|_|_|.|_|_|_|_|,00  

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

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)**RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD**

Punteggio totale valutazione disabilit� ¹		
Punteggio ISEE	[ISEE ^{max2} / ISEE ³] ^{x5}	
Punteggio per l'inserimento in graduatoria		TOT.

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

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)**Allegati:****Certificazione ISEE,
Scheda valutazione disabilit ,
Certificazione ai sensi della Legge 104/1992**¹ Espresso in sessantesimi² Definito dalla programmazione regionale.³ Se ISEEI <1.000,00  , allora dividere per 1.000,00