



REGIONE DEL VENETO



CGsla

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI AFFETTI DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____
 nato/a a _____ (____) il ____/____/____ Codice
 Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
 residente nel Comune di _____ (____)
 in via _____ n. _____
indicare SOLO se diverso dalla residenza:
 domiciliato nel Comune di _____ (____) in
 via _____ n. _____

Medico di Medicina Generale, dr. _____

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

☐ Certificazione Centro malattie rare ☐

☐ L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali: ☐

3) Valore ISEE familiare: | | | | | |,00 ¹

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

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

¹ Deve essere inferiore a € 60.000,00

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio ALSfrs pesato (pALSfrs)	
Punteggio Sociale (psco)	
Totale alternative all'istituzionalizzazione	
Punteggio graduatoria	
Classe gravità	
Coefficiente ISEE	
Importo mensile effettivo contributo	

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

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda valutazione della persona affetta dal SLA (DGR n. 1986/2013)