



CGa



INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER FAMILIARI CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE - 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:

☞ Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24 ¹:

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'CGa)

☞ 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)

1. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria	
---	--

A

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Certificazione ISEE,
Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato (DGR n. 1338/2013)

¹ Da confermare in UVMD con SVaMA

² Deve essere inferiore a € 60.000,00