

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

- Impegnativa di Cura Domiciliare di **basso bisogno assistenziale (ICDb)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare di **medio bisogno assistenziale (ICDm)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per i **servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)**
- Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti **con grave disabilità fisica e motoria (ICDf)**

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
 - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale), come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;
- 7) di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
- 8) che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

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

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

residente nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICDB – ICDM – ICDA)**

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
02.Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
04.Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
05.Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
10.Disponibilità cibo in casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
11.Convivenza con animali domestici*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
13.Pulizia della casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
14.Riordino della casa*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
15.Riscaldamento (inverno)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
16.Condizionamento (estate)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	

* Facoltativo per ICDA

In fede,

Luogo, _____

Data |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

Numero: _____

Rilasciato il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_| da _____

