

Allegato 2 al "Piano operativo attuazione DGR 740/2013"

## DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA MULTIDIMENSIONALE AI SENSI DELLA DGR 740/2013

Il sottoscritto

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso  M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Nominativo del Medico di medicina generale (medico curante) .....

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

ovvero di

FAMILIARE Grado di parentela \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Del Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso  M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Domicilio (se diverso dalla residenza)  
\_\_\_\_\_

Al fine di accedere alle misure previste,

### CHIEDE

Di essere sottoposto a valutazione multidimensionale integrata

(oppure)

Di sottoporre alla valutazione multidimensionale integrata il soggetto sopra indicato

## A TAL FINE ALLEGA

### **Per la misura B1 relativa alla disabilità gravissima:**

- Documento d'Identità dell'assistito
- Tessera Sanitaria dell'assistito
- Verbale di invalidità (requisito minimo 100% con accompagnamento)
- Documentazione sanitaria del Medico di Medicina Generale o Pediatra di famiglia (segnalazione per valutazione multidimensionale integrata – “allegato 4 al piano operativo DGR 740”)
- Eventuale altra documentazione sociale
- Certificazione ISEE
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale

### **Per la misura B2 relativa alla disabilità grave e all'anziano non autosufficiente**

- Documento d'Identità dell'assistito
- Tessera Sanitaria del beneficiario dell'intervento
- Verbale di invalidità (requisito minimo 100% con accompagnamento o, in assenza, segnalazione del medico di medicina generale o pediatra di famiglia – “allegato 5 al piano operativo DGR 740”)
- Eventuale ulteriore documentazione sanitaria utile
- Eventuale altra documentazione sociale
- Certificazione ISEE
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale

## DICHIARA

di essere a conoscenza che l'ASL, ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_