

MODELLO B : per minore di 18 anni o interdetto

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ACCERTAMENTO/AGGRAVAMENTO DI

- **INVALIDITÀ CIVILE** (comprende anche l'indennità di accompagnamento)
- **CECITÀ**
- **SORDOMUTISMO**
- **PERSONA HANDICAPPATA (Legge 104/92)**
- **PERSONA DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO (Legge 68/99)**

Compilare tutte le parti del Modello "A" in stampatello – non a matita – e indicare con una X il quadratino corrispondente alla domanda che si vuole presentare.

Con lo stesso Modello è possibile chiedere contemporaneamente anche i benefici della Legge 104/92 (mettere una X sul quadratino "persona handicappata").

Per il minore la **domanda** deve essere **firmata da un genitore**; per l'interdetto deve essere firmata dal **tutore legale** e corredata da fotocopia dell'atto di tutela.

Allegare la **fotocopia di un documento di identità valido.**

CERTIFICATO MEDICO (*non serve per la domanda di persona disabile ai fini dell'inserimento lavorativo – Legge 68/99: basta allegare alla domanda una copia del verbale di invalidità).*

Il certificato medico deve essere **in originale** (non fotocopia), leggibile e **di recente data**.

Può essere usato il modello già predisposto, oppure qualsiasi altro certificato, purché timbrato e firmato dal medico.

- d) è domiciliato in _____ via/piazza _____
n. _____ presso _____
- e) che intende ricevere le comunicazioni presso la residenza il domicilio
- f) dati del coniuge (solo se vivente)

Cognome Nome _____ nato a _____
_____ prov. _____ il _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- g) che le infermità per le quali richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro. Ovvero dichiara che talune infermità hanno già ricevuto il riconoscimento come da allegati verbali, se disponibili, ovvero per le seguenti cause:

- invalidità di guerra _____
- invalidità di lavoro (INAIL) _____
- invalidità di servizio _____
- benefici erogati da Stati esteri _____

- h) è iscritto nelle liste "speciali" di collocamento **SI** **NO**

- i) (solo per il minore) - frequenta dal _____ al _____ (**allegare certificato di frequenza**) il

- corso di studio _____ presso _____
- corso di riabilitazione _____ presso _____

- j) è ricoverato in Istituto (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza) **SI** **NO**

se sì presso _____ dal _____

la retta è a totale carico di Ente pubblico **SI** **NO**

- k) m di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento previsto dalla presente istanza.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione all'Ufficio Invalidi (*), comprese le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto.

Allega alla presente domanda (documenti necessari per l'avvio dell'istanza):

- Fotocopia di un documento di identità _____
- Fotocopia del permesso o carta di soggiorno se cittadino extracomunitario
- La certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ dal dott. _____
- Eventuale altra documentazione sanitaria _____

(Firma)

(*) Ufficio _____ via _____ orari _____
_____ tel. _____

**IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE (AI SENSI DELL'ART. 4
COMMA 1 E 2 DEL D.P.R. 28.02.2000, N. 445)**

1) LA DICHIARAZIONE DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE E' RACCOLTA DAL PUBBLICO
UFFICIALE PREVIO ACCERTAMENTO DELL'IDENTITA' DEL DICHIARANTE:

2) Il/la signor... _____ nat... a _____ il
_____ residente a _____ via
_____ (indicare il grado di parentela)
_____ del/la signor... _____ nat...
il _____ a _____ dichiara di voler presentare a nome e
nell'interesse di quest'ultim.... istanza di accertamento di _____ essendo
l'interessat... temporaneamente impedit... a presentarla per ragioni connesse al suo stato di salute.

(luogo e data)

Il Dichiarante

Io sottoscritto _____ funzionario incaricato, attesto che la presente
dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal/la signor.... _____
_____ identificato _____

(indicare il tipo di documento di identità)

previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

(luogo e data)

Il Funzionario incaricato

NOTA BENE

**IL CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE NECESSARIAMENTE ALLA DOMANDA DEVE
ESPRIMERE LA DIAGNOSI CON CHIAREZZA E PRECISIONE E DEVE CONTENERE:**

1. per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive di cui all'art. 11 del D. L.vo 23 novembre 1988 n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
2. per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione;
3. la richiesta motivata del medico di visita domiciliare, qualora il/la richiedente non fosse trasportabile

CERTIFICATO MEDICO

PER IL RICONOSCIMENTO / AGGRAVAMENTO DELLE INVALIDITÀ

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO _____

ATTIVITA' LAVORATIVE PREGRESSE _____

OCCUPAZIONE ATTUALE _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA (evidenziando ricoveri ospedalieri)

E' titolare di rendite/indennizzi INAIL, da cause di servizio - pensione di guerra, pensione privilegiata, ecc.

Se si, specificare:

DIAGNOSI con dettagliata descrizione delle minorazioni o invalidità:

NECESSITA DI PROTESI O AUSILI (incontinenza, stomia, altro ...)

SI

NO

Se si, specificare:

N.B.: In caso di minorazioni sensoriali si prega di allegare documentazione probante relativa alla perdita uditiva e/o visiva.

1^ VISITA

AGGRAVAMENTO di precedente invalidità civile: Riconosciuta al _____ % in data _____

Motivazione clinica dell'aggravamento

N.B.. Per la valutazione dell'aggravamento (art. 11 D.L. 23-11-1988, n. 509) il certificato medico deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente.

SI CHIEDE VISITA DOMICILIARE (solo se persona non trasportabile)

note particolari _____

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

Segnare per ciascuna attività la descrizione più appropriata

IGIENE PERSONALE

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non necessita di alcun aiuto per farsi il bagno (con spugna, doccia, in vasca). | <input type="checkbox"/> Riceve aiuto solo per lavarsi una parte del corpo (ad es. il dorso o le gambe). | <input type="checkbox"/> Riceve aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o non può farsi il bagno. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

CURA DELLA PERSONA

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestirsi: prende i vestiti e li indossa senza aiuto. | <input type="checkbox"/> Richiede aiuto per allacciarsi le scarpe o abbottonarsi. | <input type="checkbox"/> Viene aiutato per vestirsi in parte o completamente. |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

FUNZIONI FISIOLOGICHE

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si reca alla toilette, si pulisce e si aggiusta i vestiti senza aiuto. | <input type="checkbox"/> Viene aiutato nel recarsi alla toilette, pulirsi, infilarsi i vestiti. | <input type="checkbox"/> Non è in grado di recarsi alla toilette. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

DEAMBULAZIONE

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si muove da solo dentro e fuori casa. | <input type="checkbox"/> Cammina solo con aiuto o appoggi fuori e dentro casa. | <input type="checkbox"/> Non è assolutamente in grado di camminare. |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

CONTINENZA

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> E' in grado di controllare gli sfinteri. | <input type="checkbox"/> Ha perdite occasionali. | <input type="checkbox"/> E' necessario usare il catetere o vi è incontinenza urinaria e/o fecale. |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

ALIMENTAZIONE

- | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si nutre da solo senza aiuto. | <input type="checkbox"/> Si nutre da solo ma necessita di aiuto per tagliare la carne o versarsi da bere. | <input type="checkbox"/> Riceve aiuto nell'alimentarsi. |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

- Specificare (se possibile) l'eventuale esistenza di barriere architettoniche a domicilio (es. scalini, inadeguatezza dei servizi igienici, possibilità di movimento di eventuali carrozzelle).

Altro _____

Il presente atto è stato compilato in ogni sua parte a richiesta dell'interessato e a fini assistenziali.

IL MEDICO

Data _____

(timbro e firma)