



# COMUNE DI CAMPEGALLIANO

Provincia di Modena

C.F. e P.I. 00308030360

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 – C.A.P. 41011

Tel. 059/899411 - Fax 059/899430

## DOMANDA DI INSERIMENTO AL CENTRO DIURNO ASSISTENZIALE

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE (se pensionato/a, l'ultima esercitata) \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_

### RECAPITO PARENTI E/O AMICI:

1) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

3) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

4) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_.

### MEDICO DI BASE:

DR./SSA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_.

BISOGNO ESPRESSO IN DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

PRESENTATO DA \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_

FIRMA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ O UTENTE \_\_\_\_\_

SERVIZIO ATTIVATO \_\_\_\_\_

ASSISTENTE SOCIALE RESP. DEL CASO DOTT./SSA \_\_\_\_\_



**SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA PER L'AMMISSIONE AL CENTRO  
DIURNO ASSISTENZIALE.**

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Osservazione diretta (.....)

Dichiarazione di un'altra persona (.....)

Disabilità (nella funzione di)	Livello dell'handicap	
	disabilità	autonomia
Igiene personale	3.1	0
Mobilità	6.1	0
Controllo degli sfinteri	12.1	0
Assunzione del cibo	24.1	0
Comportamento o Capacità autonomia Gestionale/ sociale	48.1	0
TOTALE PUNTEGGIO	_____	

TOTALE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

A.S. Responsabile del caso

Dott./ssa \_\_\_\_\_

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO CONVIVENTE (compreso l'utente)**

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Da compilare dall'assistente sociale						Da compilare dall'ufficio	
Cognome & nome	Rel. parentela	Data & luogo di nascita	Assegno di accompagnamento	Professione; se pensionato indicare n° libr. ente e categoria	Reddito complessivo	Contributo da versare a carico di	
						Utente	Familiari
							( ___%)

**OSSERVAZIONI SULL'ABITAZIONE (con particolare attenzione alle necessità di ausili o di eliminazione di barriere architettoniche):**

---



---



---

**ALTRE PROPRIETA' IMMOBILIARI (da compilarli dall'Ufficio centrale):**

---



---



---

**Informazioni desunte da:**

- Anagrafe
- Richiedente
- Archivio comunale

**TOTALE PUNTEGGIO**

**PARENTI NON CONVIVENTI OBBLIGATI PER LEGGE**

Sig. /ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

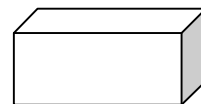
Da compilarsi dall'assistente sociale							A carico dell'Ufficio
Cognome & Nome	Indirizzo e tel.	Rel. parentela	Data di nascita	Stato civile	professione	reddito	Contributo retta
						AFFITTO	
						ALTRO...	
						TOTALE	

Informazioni desunte da:

- Anagrafe;
- Richiedente;
- Archivio comunale.

NUCLEO                      1°  
    2°  
    3°

**TOTALE PUNTEGGIO**



(documentazione economica da allegare)

**CERTIFICATO MEDICO**

PARTE 1^:

Si attesta, a richiesta dell'interessato, che il sig./ra \_\_\_\_\_

È affetto/a da: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Anamnesi sanitaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ultimi ricoveri ospedalieri: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La paziente pertanto, necessita, dal punto di vista sanitario, di:

- Assistenza continua;
- Assistenza in periodi diversi della giornata;
- Assistenza periodica o saltuaria;
  
- In particolare, il /la paziente non presenta manifestazioni cliniche che possano controindicare il soggiorno in comunità.

Campogalliano, li \_\_\_\_\_

Il Medico curante

\_\_\_\_\_

(timbro & firma)

**CERTIFICATO MEDICO**

PARTE 1^:

Si attesta, a richiesta dell'interessato, che il sig./ra \_\_\_\_\_

È affetto/a da: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Anamnesi sanitaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ultimi ricoveri ospedalieri: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La paziente pertanto, necessita, dal punto di vista sanitario, di:

- Assistenza continua;
- Assistenza in periodi diversi della giornata;
- Assistenza periodica o saltuaria;
  
- In particolare, il /la paziente non presenta manifestazioni cliniche che possano controindicare il soggiorno in comunità.

Campogalliano, lì \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

(timbro & firma)

In particolare, si forniscono del/la paziente in oggetto, le seguenti notizie:

**A) Presenta deficit sensoriali /  
Ostacoli alla comunicazione**

	SI'		NO
Difetti di vista	2	1	0
Difetti di udito	2	1	0
Difficoltà di parola	2	1	0

**B) Ha avuto episodi di confusione mentale o  
Di alterazioni dello stato di coscienza**

2	SI'		NO
	2	1	0

**C) La memoria è**

conservata	0
lievemente compromessa	1
severamente compromessa	2



**D) Presenta deficit motori**



SI'

NO

0

1

2

In particolare:

- E' in grado di deambulare autonomamente

SI'

NO

Con appoggi

1

Si, aiutato da altra persona

1

No

2

- Ha il controllo degli sfinteri

SI'

NO

Incontinenza fecale

Incontinenza urinaria

Catetere a permanenza

E) Sono comparsi segni di menomazione intellettuale

	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Ha avuto manifestazioni di aggressività verso altri

<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------	-----------------------------

Tende ad esagerare la portata delle proprie infermità

<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------	-----------------------------

E' spesso ansioso

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
-----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Melanconico

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
-----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Eccitato

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
-----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Irascibile

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
-----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Abusa di tabacco

alcolici

Psicofarmaci

altri farmaci

Ha problemi di sonno

sì, spesso

saltuariamente

dorme bene

F) Presenta difficoltà nella masticazione dei cibi

 SI' NO

Presenta difficoltà nella digestione dei cibi

 SI' NO

Presenta difficoltà nell'assunzione dei cibi

 SI' NO

SINTESI CLINICA IN RIFERIMENTO ALLA POSSIBILITA' DELL'INTERESSATO DI  
RISIEDERE IN STRUTTURA PROTETTA/CENTRO DIURNO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Campogalliano, li \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_  
( timbro & firma)

**CENTRO DIURNO ASSISTENZIALE "S. PERTINI"**

Schema terapeutico del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

<b>ORA</b>	<b>FARMACO</b>	<b>NOTE</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>
<b>8.00</b>	1.			
	2.			
	3.			
<b>10.30</b>	1.			
	2.			
	3.			
<b>12.00</b>	1.			
	2.			
	3.			
<b>17.00</b>	1.			
	2.			
	3.			
<b>Terapie al bisogno</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			

Carpi, li \_\_\_\_\_

Firma & timbro \_\_\_\_\_

Carpi, li \_\_\_\_\_

Firma & timbro \_\_\_\_\_

Carpi, li \_\_\_\_\_

Firma & timbro \_\_\_\_\_

Carpi, li \_\_\_\_\_

Firma & timbro \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO  
ASSISTENZIALE.**

**1) PER L'INTERESSATO:**

- Relazione sanitaria, come da modulo allegato n. 5, compilato dal medico curante dell'assistito;
- Copia attestato di invalidità rilasciato dall'Azienda U.S.L. competente (per chi ne è in possesso);
- Copie dei/del libretti/o di pensione e del Mod. 740, nonché copia della ricevuta del canone di eventuale canone di affitto;
- Documentazione relativa ad entrate finanziarie e patrimoniali (azioni, depositi, BOT, CCT, rendite esistenti, ecc.);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio con cui si dichiara di non avere altri redditi oltre a quelli relativi alla documentazione prodotta.

**2) PER I FAMILIARI (conviventi o no, comunque tenuti per legge all'obbligo degli alimenti- figli, fratelli, nipoti in linea retta):**

- Mod. 740 (per tutti coloro che sono tenuti a redigerlo);
- CUD o ultima busta paga, solo nel caso non possedesse ancora il CUD (se lavoratore dipendente);
- Per i giovani ultraquindicenni, almeno uno di questi documenti:
  - ✓ Certificato di iscrizione ad un istituto scolastico;
  - ✓ Certificato di iscrizione alle liste di collocamento;
  - ✓ CUD o ultima busta paga, solo nel caso non possedesse ancora il CUD (se apprendista o altro).

Si precisa che ogni componente il nucleo familiare deve fornire la documentazione di cui sopra. Qualora almeno n. 1 parente tra quelli tenuti all'obbligo degli alimenti si impegni preventivamente al pagamento della retta intera sono tutti esonerati dalla presentazione dei documenti relativi solo al reddito.



# COMUNE DI CAMPEGALLIANO

Provincia di Modena

C.F. e P.I. 00308030360

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 – C.A.P. 41011

Tel. 059/899411 - Fax 059/899430

---

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA RESIDENZA PROTETTA

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

### PERSONE DI RIFERIMENTO

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE DR. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ASSISTENTE SOCIALE RESPONSABILE DEL CASO DOTT. \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI COLLOCAMENTO RESIDENZE PER ANZIANI**

**ASSISTENTE SOCIALE \_ RESPONSABILE DEL CASO**

\_\_\_\_\_

DATI ANZIANO

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Sesso:  F  M

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Scolarità \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

Medico curante: Dr. \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Assegno indennità di accompagnamento: SI  NO  Erogato  Visita

DOMANDA

Presentata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Prot. n° \_\_\_\_\_

Da \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

SERVIZI ATTIVATI

S.A.D.  Telesoccorso  Pasti a domicilio  Centro Diurno

Pulizie  Comunità alloggio  Inserimento temporaneo

Assegno di cura  Contributi continuativi  Assistenza infermieristica

Contributi straordinari

Ricoverato c/o STRUTTURA PRIVATA \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FIRMA** per la domanda di ingresso in Casa Protetta comunale

\_\_\_\_\_





**Motivi della domanda:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

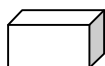
---

---

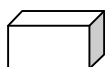
---

Valutazione della richiesta di collocamento

ACCETTATA



NON ACCETTATA



Motivo:

---

---

---

---

---

**PROGETTO ALTERNATIVO**

Quale

---

---

---

---

---

---

---

Risorse

---

---

---

---

---

---

---

**VALUTAZIONE DEL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIERE LE  
AZIONI DELLA VITA QUOTIDIANA**

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_



**CURA DEL PROPRIO ASPETTO**

**A) Igiene personale**

- |   |     |
|---|-----|
| ▪ Completamente autonomo                  | + 0 |
| ▪ Aiuto saltuario (es. bagno settimanale) | + 1 |
| ▪ Aiuto programmato/costante              | + 3 |
| ▪ Totalmente dipendente                   | + 5 |

**B) Vestizione**

- |  |     |
|--|-----|
| ▪ Completamente autonomo   | + 0 |
| ▪ Necessita di controllo   | + 3 |
| ▪ Necessita di assistenza costante per indossare i vestiti/<br>rimane svestito | + 5 |



**MOBILITA'**

- |  |     |
|--|-----|
| ▪ Cammina autonomamente senza aiuto                            | + 0 |
| ▪ Cammina o si sposta con ausili                               | + 3 |
| ▪ Si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con carrozzina | + 5 |



**CONTROLLO SFINTERI**

- |   |     |
|---|-----|
| ▪ Controlla completamente feci ed urine         | + 0 |
| ▪ Saltuaria incontinenza urinaria               | + 1 |
| ▪ Incontinenza urinaria permanente (o catetere) | + 3 |
| ▪ Incontinenza urinaria e fecale                | + 5 |

4

**ALIMENTAZIONE**

- Si alimenta senza assistenza + 0
- Necessita di assistenza solo per alcune operazioni (es. tagliare la carne) + 3
- Deve essere imboccato + 5

5

**ASSUNZIONE DEI FARMACI**

- E' capace di assumere correttamente le medicine in modo autonomo + 0
- Le assume solo se già preparate e separate + 3
- Non è in grado di assumere le medicine da solo + 5

6

**COMUNICAZIONI**

- Comprende e si esprime normalmente + 0
- Esprime comunque il suo pensiero anche se con linguaggio menomato + 1
- Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero + 3
- Non comprende + 5

7

**AUTONOMIA GESTIONALE**

- Gestisce con criterio e autonomia le attività domestiche + 0
- Gestisce solo alcune attività domestiche e necessità di aiuto parziale + 3
- Non è in grado di gestire nessuna attività domestica + 5

( TOT. PUNTI \_\_\_\_\_\* )

\* Max 40 punti.

**STATO DELLA RETE PARENTALE**  
**CONDIZIONE DELLO STATO CIVILE E PARENTALE DELL'ANZIANO**

**STATO CIVILE:**

Coniugato/a

Celibe/nubile

Vedovo/a

Divorziato/Separato

Altro \_\_\_\_\_

**CONVIVENZA:**

A vita sola

Con il coniuge

Con parenti e anziani (fratelli, cugini,...)

Con figli

Altro \_\_\_\_\_

(Evidenziare l'esistenza di più situazioni in contemporanea)

**CONSISTENZA DELLA RETE PARENTALE:**

Genitore:      SÌ       NO

Fratelli/Sorelle N°

Coniugati n°       Vedovi n°       Celibi/nubili n°

Nipoti collaterali n°

Figli:

1) coniugato  nipoti conviventi n°  non conviventi n°   
vedovo   
divorziato   
altro \_\_\_\_\_

Altri parenti conviventi nel nucleo del figlio \_\_\_\_\_

2) coniugato  nipoti conviventi n°  non conviventi n°   
vedovo   
divorziato   
altro \_\_\_\_\_

altri parenti conviventi nel nucleo del figlio \_\_\_\_\_

3) coniugato  nipoti conviventi n°  non conviventi n°   
vedovo   
divorziato   
altro \_\_\_\_\_

altri parenti conviventi nel nucleo del figlio \_\_\_\_\_

#### FIGLI RISORSA

n° 1 punti: 2  
n° 2 punti: 5  
n° 3 punti: 10  
n° 4 o + punti 20

#### CONVIVENTI (coniuge o convivente da almeno 2 anni)

punti 2 a persona

#### FIGLI NON RISORSA

- Invalidità al 100% del figlio ( patologie croniche, malati oncologici, psichiatrici,...)
- Assistenza ad un altro anziano certificato non autosufficiente convivente nel nucleo familiare o altro familiare

**RELAZIONE DEL MEDICO DI BASE**

Dr. \_\_\_\_\_

**PAZIENTE:**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domiciliato in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Notizie anamnestiche:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ricoveri ospedalieri (ultimo anno):**

il \_\_\_\_\_ diagnosi: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ diagnosi: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ diagnosi: \_\_\_\_\_

L'ANZIANO E' AFFETTO DA:

GRAVE CARDIOPATIA  
(con episodi di scompenso)

NO

SI'

DIABETE I tipo

NO

SI'

DIABETE II tipo

NO

SI'

PATOLOGIA INVALIDANTE  
APPARATO RESPIRATORIO  
(Es. episodi di dispnea)

NO

SI'

Media o grave forma di DEMENZA SENILE:

NO

SI'

Tipo Alzheimer

Multinfartuale

Con comportamento DISTURBANTE  
e/o AGGRESSIVO

SI'

NO

PATOLOGIE PSICHIATRICHE MAGGIORI

NO

SI'

PATOLOGIE NEUROLOGICHE INVALIDANTI

NO

SI'

PATOLOGIE ONCOLOGICHE

NO

SI'

Stabilizzate

Progressive

PATOLOGIE INVALIDANTI DELL'APPARATO  
LOCOMOTORE

NO

SI'

INCONTINENZA SFINTERICA URINARIA  
FECAL

NO

SI'

NO

SI'

GRAVE DEFICIT VISIVO

NO

SI'

SORDITA'

NO

SI'

ALTRA PATOLOGIA INVALIDANTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il Medico Curante

\_\_\_\_\_

Sig./ra _____	nato/a il _____		
		Vive solo/a	
GRAVE CARDIOPATIA	[ 3 ]	[ 5 ]	
DIABETE I TIPO	[ 3 ]	[ 5 ]	
DIABETE II TIPO	[ 1 ]		
PATOLOGIA INVALIDANTE APPARATO RESPIRATORIO	[ 1 ]		
DEMENTIA SENILE	[ 3 ]	[ 5 ]	
	Alzheimer	[ 3 ]	
	Multinfartuale	[ 1 ]	
	Disturbante	[ 1 ]	
PATOLOGIE PSICHIATRICHE MAGGIORI	[ 3 ]	[ 4 ]	
PATOLOGIE NEUROLOGICHE INVALIDANTI	[ 3 ]	[ 4 ]	
PATOLOGIE ONCOLOGICHE	Stabilizzate	[ 1 ]	
	Progressive	[ 3 ]	[ 5 ]
PATOLOGIE INVALIDANTI DELL'APPARATO LOCOMOTORE	[ 3 ]	[ 4 ]	
INCONTINENZA SFINTERICA	URINARIA FECAL	[ 1 ]	
GRAVE DEFICIT VISIVO	[ 1 ]	[ 2 ]	
IPOACUSIA	[ 1 ]	[ 2 ]	
ALTRO (invalidante)	[ 1 ]	[ 3 ]	

---

(TOT. PUNTI \_\_\_\_\_\*)



\* Max 45 punti.

Allegato 7)

**PARAMETRI REDDITUALI PER LA VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA DELL'ANZIANO DA COLLOCARE IN STRUTTURA E DEI PARENTI TENUTI AL MANTENIMENTO.**

**REDDITO ANZIANO**

	PUNTI	Nuovi limiti reddito per graduatorie
Fino a € 901,00 mensili	0	901,00
Da € 901,00 a € 1.200,00	- 1	1.200,00
Da € 1.200,00 a € 1.500,00	- 3	1.500,00
Oltre € 1.500,00	- 5	1.500,00

Nel caso l'anziano sia titolare di assegno di accompagnamento o di indennità analoghe, l'importo di tali prestazioni viene considerato ai fini della determinazione del reddito complessivo

**REDDITO ANZIANO CON CONIUGE**

	PUNTI	
Fino a € 1.500,00 mensili	0	1.500,00
Da € 1.500,00 a € 1.800,00	- 1	1.800,00
Da € 1.800,00 a € 2.101,00	- 3	2.101,00
Oltre € 2.101,00	- 5	2.101,00

**REDDITO NUCLEO FAMILIARE DEI PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI.**

**REDDITO FAMILIARE 1° FIGLIO CONVIVENTE O REDDITO PIU' ALTO**

Numero componenti nucleo	PUNTI	
1 persona	0	18.006,00
2 persone	0	30.010,00
3 persone	0	36.613,00
4 persone	0	42.616,00
5 persone	0	48.017,00
E così in progressione		

Ogni € 500,00 di reddito che supera il limite di reddito indicato corrispondente al numero dei componenti del nucleo familiare, si tolgono punti 0.25

**REDDITO FAMILIARE 2° FIGLIO**

Numero componenti nucleo	PUNTI	
1 persona	0	15.006,00
2 persone	0	24.010,00
3 persone	0	30.612,00
4 persone	0	36.613,00
5 persone	0	42.016,00
E così in progressione		

**REDDITO FAMILIARE 3° FIGLIO**

Numero componenti nucleo	PUNTI	
1 persona	0	12.004,00
2 persone	0	18.006,00
3 persone	0	24.609,00
4 persone	0	30.612,00
5 persone	0	36.013,00

E così in progressione		
<b>REDDITO FAMILIARE 4° FIGLIO</b>		
Numero componenti nucleo	PUNTI	
1 persona	0	9.003,00
2 persone	0	12.004,00
3 persone	0	18.607,00
4 persone	0	24.609,00
5 persone	0	30.010,00
E così in progressione		

**REDDITO FAMILIARE 5° FIGLIO**

Numero componenti nucleo	PUNTI	
1 persona	0	6.003,00
2 persone	0	6.003,00
3 persone	0	12.607,00
4 persone	0	18.609,00
5 persone	0	24.010,00
E così in progressione		

I limiti di reddito di cui sopra restano in vigore fino al 30/06/2006 e sono rivalutati annualmente in misura pari alla variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo calcolato dall'Istat.

Alla formazione del reddito complessivo concorrono tutti i redditi assoggettabili a Irpef delle persone considerate.

Il reddito da considerare è quello riportato nell'ultima denuncia dei redditi presentata. Da tale importo verranno decurtate le spese di affitto, mutuo prima casa, spese di tipo assistenziale.

Qualora l'anziano e/o uno o tutti i familiari tenuti alla contribuzione posseggano altri beni immobili oltre le proprie rispettive abitazioni, per un valore complessivo catastale presunto superiore a € 52.000, si procederà a togliere ulteriori punti 10.