**PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA – MISURA B2 DGR XII/3719 del 30/12/2024**

Il presente modulo ha lo scopo di fornire al Comune di residenza e all’Ufficio di Piano competente il preventivo rispetto alla spesa dei servizi forniti dai soggetti erogatori, individuati dai richiedenti della misura ASSISTENZA DIRETTA (Interventi Integrativi Sociali).

Si tratta quindi di un modulo che **deve essere compilato dal richiedente insieme all’erogatore della prestazione e allegato dal beneficiario all’istanza per la misura sopra citata.**

**DATI SOGGETTO EROGATORE**

Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita Iva/C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREVENTIVO IN FAVORE DI - BENEFICIARIO**

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

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **servizio/prestazione** | **giorni** | **Orari**  | **n° ore**  |
|  | Lunedì □ si □no  |  |  |
|  | Martedì □ si □no |  |  |
|  | Mercoledì □ si □no  |  |  |
|  | Giovedì □ si □no |  |  |
|  | Venerdì □ si □no |  |  |
|  | Sabato □ si □no |  |  |
|  | Domenica □ si □no |  |  |

**PERSONALE COINVOLTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIGURA PROFESSIONALE****(educatore, ASA, OSS, educatore, Operatore sociale)** | **RUOLO/ATTIVITA’** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**OBIETTIVI DEL SERVIZIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGIA OBIETTIVO** | **DESCRIZIONE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E/O EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO**

* data inizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* data fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Periodo (da - a) | Motivazione  |
|   | □ ferie □ festività □ altro |
|    | □ ferie □ festività □ altro |
|    | □ ferie □ festività □ altro |

**COSTO SERVIZI EROGATI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TARIFFE** | **COSTO** | **IVA** |
| TARIFFA ORARIA |  |  |
| TARIFFA ORARIA FESTIVA |  |  |
| COSTO SETTIMANALE PRESTAZIONE |  |  |
| TOTALE COSTO SETTIMANALE (IVA INCLUSA) |  |  |
| SPESA ANNUA STIMATA |  |  |
| TOTALE SPESA ANNUA (IVA INCLUSA) |  |  |

Data

Timbro e Firma

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