“DOPO DI NOI” L.112/2016

ALLEGATO IPOTESI PROGETTUALE INDIVIDUALE

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Nato a |  |
| Il |  |
| Residente a  |  |
| Diagnosi |  |
| Classe SIDI (se presente) |  |
| Tipologia di intervento:INTERVENTI GESTIONALI:* Misura 1: voucher per percorsi di accompagnamento all’autonomia
* Misura 2: voucher supporto alla domiciliarità in gruppo appartamento con ente gestore
* Misura 3: contributi per interventi di supporto alla domiciliarità in gruppo appartamento autogestito
* Misura 4: buono per interventi di supporto alla domiciliarità in gruppo appartamento housing sociale o co-housing
* Misura 5: ricoveri di sollievo/pronto intervento

INTERVENTI STRUTTURALI:* Misura 1: Eliminazione barriere, messa a norma impianti, adattamenti domotici
* Misura 2: sostegno economico per spese di locazione
* Misura 3: sostegno economico per spese condominiali
 |
| Eventuale struttura frequentata o intervento di sostegno ricevuto | Scuola | SAD |  SFA | CSE |
| CDD | Assistente familiare (badante)  | Comunità(CA – CSS) |  |
| Altro (specificare):  |

|  |
| --- |
| **IPOTESI PROGETTUALE**  |
| Breve descrizione della situazione del richiedente(per es. situazione abitativa, familiare, economica, ecc.) |  |
| Breve descrizione delle finalità dell’intervento sul biennio |  |
| Obiettivi (descritti sinteticamente e per punti) |  |
| Azioni e attività previste (declinazione operativa degli obiettivi) |  |
| Breve descrizione dei risultati attesi dalla progettazione  |  |
| Ente attuatore del progetto (se presente) |  |
| Eventuali altri soggetti coinvolti nel progetto e relativo ruolo(forme di co-progettazione, attivazione rete formale/informale) |  |
| Ipotesi budget di progetto (personale impiegato, professionalità, costi orari e/o costi di intervento) |  |

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

(firma del richiedente o legale rappresentante)

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

(firma ente gestore)

ALLEGATO PROSPETTO SPESE SOSTENUTE PER LA DOMICILIARITÀ

(da compilarsi SOLO per interventi gestionali – misure 2,3,4)

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara, attraverso il seguente prospetto, l’elenco delle spese sostenute per la domiciliarità (valore stimato su base mensile):

|  |
| --- |
| **PROSPETTO SPESE (valore stimato su base mensile)** |
| Assistenza domiciliare pubblica o privata  | € |
| Canone di locazione, rata mutuo | € |
| Tasse sull’immobile | € |
| Utenze domestiche | € |
| Spesa alimentare | € |
| Famaci/terapie | € |
| Trasporto/accompagnamenti | € |
| Altro (specificare se presenti):  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Totale stimato su base mensile** | **€** |

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

(firma del dichiarante o del rappresentante legale)