

“DOPO DI NOI” L.112/2016 IPOTESI DI INTERVENTO

Cognome e nome Beneficiario	
Nato a	
Il	
Residente a	

TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTA:
INTERVENTI GESTIONALI: ☐ A1) Accompagnamento all'autonomia ☐ Voucher annuale “Durante Noi” ☐ Voucher annuale Accompagnamento all'autonomia ☐ A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative ☐ Residenzialità con ente gestore ☐ Residenzialità autogestita ☐ Soluzione abitativa in Cohousing/Housing ☐ A3) Ricovero Di Pronto Intervento (contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale) INTERVENTI INFRASTRUTTURALI: ☐ B1) Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici, telesorveglianza o teleassistenza ☐ B2) Contributo previsto per Canone di locazione/Spese condominiali/Utenze

IPOTESI PROGETTUALE	
Ente attuatore dell'intervento	
Descrizione Interventi	
Ipotesi budget di intervento annuale	

Data e luogo, _____

Firmato da:

Beneficiario o Familiare o ADS/Tutore/Rappresentante legale _____

Ente Gestore _____

(nel caso di firma da ente gestore si allega “Dichiarazione Requisiti Autodichiarati”)

Assistente sociale Comune residenza _____

PROSPETTO INTERVENTI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA
(da compilarsi SOLO per interventi gestionali – misura A1)

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
_____ dichiara, attraverso il seguente prospetto, l'elenco degli
interventi che il progetto di autonomia prevede (valore stimato su base annuale):

DESCRIZIONE INTERVENTI	IPOTESI COSTO ANNUALE
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
Totale stimato su base annuale	€

(firma Beneficiario o Familiare o ADS/Tutore/Rappresentante legale/)

(firma ente gestore)

PROSPETTO INTERVENTI SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITA'
(da compilarsi SOLO per interventi gestionali – misure A2)

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
_____ dichiara, attraverso il seguente prospetto, le caratteristiche possedute dalla struttura, secondo quanto richiesto dall'Avviso, **allegando documentazione attestante il funzionamento della struttura e la capacità recettiva:**

CARATTERISTICHE STRUTTURA	
Denominazione Struttura	
Indirizzo	
Tipologia Residenzialità/Unità d'offerta sociale	
N. posti autorizzati (si allega documentazione)	
Possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 2912/2024	☐ Sì ☐ No
Nel caso di Gruppo appartamento con ente gestore e Housing Cohousing	☐ La residenzialità è autorizzata a funzionare ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera b) della l.r. n. 3/2008

Dichiara che il contributo è volto a sostenere i costi relativi alle prestazioni di assistenza tutelare e socio educativa.

PROSPETTO SPESE (valore stimato su base mensile)	
Assistenza tutelare e socio educativa o di natura sociale	€
Servizi generali (per Voucher residenzialità con ente gestore)	€
Altro	
Totale stimato su base mensile	€

BUDGET DI PROGETTO (valore stimato su base mensile)	
RISORSE PERSONALI	€
RISORSE FAMILIARI	€
RISORSE COMUNALI	€
RISORSE DOPO DI NOI	€
TOTALE	€

Allega documentazione richiesta.

(firma Beneficiario o Familiare o ADS/Tutore/Rappresentante legale)

(firma ente gestore)

PROSPETTO INTERVENTI INFRASTRUTTURALI
(da compilarsi SOLO per interventi infrastrutturali – misure B2 Canone di locazione/spese condominiali/utenze)

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
_____ dichiara, attraverso il seguente prospetto, le caratteristiche possedute dalla struttura, secondo quanto richiesto dall'Avviso, **allegando documentazione attestante l'autorizzazione al funzionamento della struttura:**

CARATTERISTICHE STRUTTURA	
Denominazione Struttura	
Indirizzo	
Tipologia Residenzialità/Unità d'offerta sociale	
N. posti autorizzati (si allega documentazione)	
Possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 2912/2024	☐ Sì ☐ No
Nel caso di Gruppo appartamento con ente gestore e Housing Cohousing	☐ La residenzialità è autorizzata a funzionare ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera b) della l.r. n. 3/2008

PROSPETTO SPESE (valore stimato su base mensile/annuale)	
Canone di locazione (mensili)	€
Spese condominiali (annuali)	
Utenze (mensili)	
Totale stimato su base mensile	€

(firma Beneficiario o Familiare o ADS/Tutore/Rappresentante legale)

(firma ente gestore)