



**PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DELLE PERSONE IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITÀ
MISURA B2 - AI SENSI DELLA DGR XI/2033 DEL 18.3.2024**

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 5 e 6 (Interventi Integrativi Sociali).

Si tratta quindi di un modulo che **deve essere compilato e presentato dal richiedente, insieme all'erogatore della prestazione e allegato all'istanza.**

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 _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____

INTERVENTO INTEGRATIVO SOCIALE RICHIESTO

(barrare con una x)

5	Ricovero temporaneo in struttura residenziale;	
	o	
6	Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo";	



In caso di richiesta intervento N. 5: RICOVERO DI SOLLIEVO TEMPORANEO IN STRUTTURA RESIDENZIALE indicare:

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

- data inizio: _____
- data fine: _____

COSTO SERVIZIO EROGATO:		
TARIFFE	COSTO	IVA
TOTALE COSTO - PERIODO RICOVERO DI SOLLIEVO		

(allegare preventivo di spesa fornito dalla struttura)

In caso di richiesta intervento N. 6: PRESTAZIONE SOCIOEDUCATIVA/EDUCATIVA A FAVORE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ/NON AUTOSUFFICIENZA IN CONTESTI SOCIALIZZANTI (FUORI DAL DOMICILIO), ANCHE TRAMITE SVILUPPO DI PROGETTUALITÀ, FINALIZZATO AL "SOLLIEVO" - indicare:

SERVIZIO/PRESTAZIONE EROGATA			
servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Martedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Mercoledì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Giovedì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Venerdì <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Sabato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
	Domenica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		



PERSONALE COINVOLTO

FIGURA PROFESSIONALE (educatore, ASA, OSS, 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 Sospensione programmata (da - a)	Motivazione
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> festività <input type="checkbox"/> altro

COSTO SERVIZI EROGATI:

TARIFFE	COSTO	IVA
TARIFFA ORARIA		
TARIFFA ORARIA FESTIVA		
COSTO SETTIMANALE PRESTAZIONE		
TOTALE COSTO SETTIMANALE		
SPESA ANNUA STIMATA		
TOTALE SPESA ANNUA		

Data

Timbro e Firma