

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

Cognome e nome Beneficiario	
Nato a	
Il	
Residente a	

TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTA:
<p><b>INTERVENTI GESTIONALI:</b></p> <p><input type="checkbox"/> A1) Accompagnamento all'autonomia</p> <p><input type="checkbox"/> A2) Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Residenzialità con ente gestore</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Residenzialità autogestita</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Soluzione abitativa in Cohousing/Housing</p> <p><input type="checkbox"/> A3) Ricovero Di Pronto Intervento</p> <p><b>INTERVENTI INFRASTRUTTURALI:</b></p> <p><input type="checkbox"/> B1) Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici, telesorveglianza o teleassistenza</p> <p><input type="checkbox"/> B2) Contributo previsto per Canone di locazione/Spese condominiali</p>

IPOTESI PROGETTUALE	
Ente attuatore dell'Intervento	
Descrizione Interventi	
Ipotesi budget di intervento <b>annuale</b>	

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
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
<b>Totale stimato su base annuale</b>	<b>€</b>

\_\_\_\_\_  
(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:**

<b>CARATTERISTICHE STRUTTURA</b>	
Denominazione Struttura	
Indirizzo	
Tipologia Unità d'offerta sociale	
N. posti autorizzati (si allega documentazione)	
Possesso dei requisiti richiesti dall' Avviso al punto 4 paragrafo A2)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

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

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

Allega documentazione richiesta.

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

\_\_\_\_\_  
(firma ente gestore)

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

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:**

<b>CARATTERISTICHE STRUTTURA</b>	
Denominazione Struttura	
Indirizzo	
Tipologia Unità d'offerta sociale	
N. posti autorizzati (si allega documentazione)	
Possesso dei requisiti richiesti dall' Avviso al punto 4 paragrafo B)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

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

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

\_\_\_\_\_  
(firma ente gestore)