

OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2024" - PROGETTO

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

C.F. _____ COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELLULARE _____ E-MAIL _____

RAPPRESENTANTE LEGALE SI NO TIPOLOGIA E NOMINATIVO _____

REQUISITO DI ACCESSO AL PROGETTO:

- Legge 104/92 art. 3;
- essere affetti da disabilità mentale/intellettiva in carico ai servizi sociali o sociosanitari;
- essere in carico al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze o ad altro Servizio sanitario.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

| NOME E COGNOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA

SERVIZI SOCIO-SANITARI ATTIVI:

| Tipologia servizio (SAD, SET, L.162/98, HCP, L. 20/97, etc.) | Importo finanziamento mensile | Ore mensili |
|--|-------------------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

OBIETTIVI DEL PROGETTO:

FINANZIAMENTO

IMPORTO ISEE SOCIO-SANITARIO 2024: € _____ PERCENTUALE DECURTAZIONE: _____ %

FINANZIAMENTO RICHIESTO: € _____.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTO:

- supporto educativo – EDUCATORE PROFESSIONALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato - OSS FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato- OSS FESTIVO;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FESTIVO.

| Tipologia servizio | Cooperativa scelta | Budget mensile | Ore mensili |
|--------------------|--------------------|----------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DATA ATTIVAZIONE: _____

DURATA PROGETTO (in mesi): _____

Luogo e data _____

Firma operatore

Firma beneficiario

Firma rappresentante legale

N.B. Trasmettere la presente proposta progettuale agli indirizzi degli operatori referenti per il procedimento, indicati in intestazione; sarà inoltre necessario inviare breve nota di trasmissione al protocollo del Comune di Oristano (ALLEGATO D).