

Direzione Welfare e Salute
Area Residenzialità
Unità Residenzialità anziani e persone con disabilità

ALLEGATO 2 all’Avviso Pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. 6396 del 29/07/2024 dell’Area Residenzialità

Avviso pubblico per l’assegnazione in via sperimentale di contributi economici destinati a persone con disabilità inserite in percorsi residenziali con progetti “Dopo di Noi” – Legge n.112/2016 –

Prospetto analitico delle risorse e delle spese

Spese	Ore totali di assistenza giornaliera media	Importo orario	Importo giornaliero	Importo mensile	Importo annuale
Spesa di assistenza (indicare per ogni singola professionalità il numero delle persone, le ore giornaliere, il costo orario, mensile e annuale):					
OSS/ASA n.: _____					
Assistente personale n.: _____					
Educatori n.: _____					
Altre spese di assistenza					
Altre spese educative					
Altri servizi di natura sociale					
Spese alberghiere (vitto e alloggio)					
Spese per attività ricreative/laboratori					
Altre spese tempo libero (specificare l’attività)					
Spese viaggi					
Spese trasporti					

Risorse (indicare tutte le risorse disponibili e attivabili sia di natura pubblica - previdenziale, sociale, sanitaria, comunale, regionali e/o nazionali, ... - che di carattere privato – economiche personali e familiari oltrechè relazionali -)	Attiva (SI/NO)	Importo mensile	Importo annuale
Sostegno “Supporto alla residenzialità” erogato con le risorse del Fondo Dopo di Noi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Sostegno ‘Canone di locazione/Spese condominiali’ erogato con le risorse del Fondo Dopo di Noi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Sostegno ‘Ristrutturazione’ erogato con le risorse del Fondo Dopo di Noi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Misura B1 FNA: Buono assistente personale Motivazione:_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente Motivazione:_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Servizio Assistenza Domiciliare comunale (SAD) <input type="checkbox"/> socio educativo <input type="checkbox"/> socio assistenziale Ore:_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Linea 1interventi educativi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Ore:_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Centro Socio Educativo (CSE)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Servizio di Formazione all’Autonomia (SFA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Centro Diurno Disabili (CDD) Indicare struttura ed eventuale trasporto:_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Assegno di Inclusione ed ogni altro intervento di welfare sociale promosso dalla Regione e dagli enti locali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Trasferimenti monetari di tipo assistenziale e previdenziale:			
a) Pensione invalidità civile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
b) Assegno accompagnamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
c) Pensione reversibilità/altre pensioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
d) Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____
Risorse economiche, finanziarie personali della persona con disabilità (es. contributo locazione immobile, ...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EURO _____	EURO _____

