



PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE degli INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI
Misure a favore delle persone anziane non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo e molto elevato
Misura B2 – ai sensi della DGR XII/3719 del 30.12.2024.

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 aderenti all'Elenco fornitori di Ambito, individuati dai richiedenti della misura 4 e 5 (Interventi Integrativi Sociali).

Si tratta quindi di un modulo che **deve essere compilato e presentato dal richiedente, insieme all'erogatore della prestazione e allegato preferibilmente all'istanza e comunque da presentare entro e non oltre il 3 luglio 2025**, al Comune di residenza.

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) _____

ASSISTENZA DIRETTA - INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI

Prestazioni di supporto e di sollievo ai caregiver familiari o di miglioramento della qualità della vita dei beneficiari, richiedibili singolarmente o ad integrazione del **solo** buono sociale caregiver familiare

4	Supporto e sollievo al caregiver familiare;	
5	Benessere e miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale.	



--	--	--

In caso di richiesta intervento N. 4 come **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)

Per le Prestazioni SOCIOEDUCATIVE/EDUCATIVE 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 ☐ si ☐ no		
	Martedì ☐ si ☐ no		
	Mercoledì ☐ si ☐ no		
	Giovedì ☐ si ☐ no		
	Venerdì ☐ si ☐ no		
	Sabato ☐ si ☐ no		
	Domenica ☐ si ☐ no		



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
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro
	☐ ferie ☐ festività ☐ 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



AMBITO 4 ATS MILANO CITTÀ METROPOLITANA
BELLINZAGO LOMBARDO, BUSSERO, CAMBIAGO, CARUGATE, CASSINA DE' PECCHI,
CERNUSCO SUL NAVIGLIO, GESSATE, GORGONZOLA, PESSANO CON BORNAGO
