



**COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA**

**ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2021/2024**

ALGUA - AVERARA - BLELLO - BRACCA - BRANZI - CAMERATA
CORNELLO - CARONA - CASSIGLIO - CORNALBA - COSTA SERINA - CUSIO
DOSSENA - FOZZOLO - ISOLA DI FONDRA - LENNA - MEZZOLDO - MOIO
DE' CALVI - OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE - ORNICA - PIAZZA
BREMBANA - PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO - SAN GIOVANNI
BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA - SERINA
TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA
VALTORTA - VEDESETA - ZOGNO



**MODULO DI DOMANDA PER ATTIVAZIONE DI VOUCHER SOCIALI VOLTI AL CONTENIMENTO
DELL'EMERGENZA ABITATIVA E PER IL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE
ANNO 2024**

Al Servizio sociale della sede di.....

Beneficiario

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via _____ n° _____ Comune di _____

cap. _____ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza) c/o

_____ in via _____ n° _____

Comune _____ Cap _____ Tel. _____ mail _____

Richiedente (se diverso dal beneficiario): Familiare convivente Familiare Altra persona di riferimento

Centro antiviolenza Penelope Altro (specificare) _____

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____

Cap. _____ Tel. _____ mail _____

CHE risulta beneficiario anche della misura ADI (barrare in caso affermativo)

CHIEDE che venga erogato un voucher sociale a favore del beneficiario per **INTERVENTI VOLTI AL
CONTENIMENTO DELL'EMERGENZA ABITATIVA E PER IL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE:**

Costi (tutti i costi sotto esposti sono da intendersi IVA INCLUSA):

- Costo orario Educatore Professionale = €.21,70;

- Costo orario Coordinatore = €. 24,40;
- Costo orario ASA/OSS: €.20,15
- Costo orario custode sociale = €. 16,87;

Nella costruzione del voucher si possono conteggiare altresì le seguenti voci di costo:

- Affitto costo/mese = per max. €.400,00;
- Utenze costo/ mese= per max. €.100,00
- Frequenza Centro diurno (comprensiva di pasto) =per max. €.44,00/giorno

N_____ ore di intervento di educatore (€.21,70/h)_____ per N_____ mesi + N_____ ore di intervento di coordinatore (€.24,40)_____ + N_____ ore ASA/Oss(€.20,15)_____ + N_____ ore custode sociale (€.16,78) + _____ (altre voci di costo tra quelle sopra indicate)

Costo voucher _____

Durata: n. _____ mesi (max.6 mesi) prorogabile per altri n _____ mesi (max. altri 6 mesi) = costo voucher (max.600€) _____

DICHIARA che l'intervento verrà erogato dal seguente soggetto gestore:

Cooperativa _____ con sede _____

Mail _____ cell referente _____

DICHIARA inoltre che:

Di essere residente in uno dei 37 comuni della Valle Brembana;

Di essere inserito all'interno di appartamenti di housing presso _____

ubicato a _____;

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti e uso degli atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità;

Luogo e data

Firma

Si allegano alla presente:

- Attestazione ISEE (in corso di validità);
- Certificazione di invalidità o in mancanza relazione attestante la fragilità;
- Modulo privacy firmato;

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Nome.....
Cognome.....
Data di nascita...../...../.....comune di nascita.....
Comune di residenza.....
Via.....n. civico.....
C.F..... tessera sanitaria.....

SITUAZIONE INIZIALE PERSONALE E FAMILIARE

.....
.....
.....
.....
.....

OBIETTIVI DEL PROGETTO E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO

.....
.....
.....
.....
.....

TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE

.....
.....
.....
.....
.....

NOME DEL RESPONSABILE DEL PROGETTO E DEL PERSONALE COINVOLTO (QUALIFICA E NUMERO DI ORE DESTINATE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO)

.....
.....
.....
.....
.....

EVENTUALI PARTNER COINVOLTI

.....
.....
.....
.....
.....

COSTI (tutti i costi s'intendono comprensivi di IVA)

.....
.....
.....
.....
.....

ENTE PROPONENTE

SERVIZIO SOCIALE

.....

.....

DESTINATARIO E/O REFERENTE

.....