

PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

ALLEGATO 1 .

DOPO DI NOI

DGR 3404 DEL 20/07/2020

MODULO PER PREVENTIVO FORMALE DI SPESA

Da compilare a cura di

1. ENTE erogatore del Progetto – INTERVENTO per ISTANZA ENTI

- per Accompagnamento all'autonomia
- per Gruppo appartamento con Ente Gestore
- per Gruppo appartamento Autogestito
- per Cohousing/Housing

2. CITTADINO (*) per ISTANZA CITTADINI

- per residenzialità in gruppo appartamento autogestito
- per Housing/Cohousing:

(*) Nell'eventualità di difficoltà nella presentazione del presente preventivo, lo stesso potrà essere presentato in fase successiva su richiesta dei servizi sociali.

Il presente modulo ha la finalità di fornire il preventivo delle spese che i soggetti erogatori devono sostenere per la realizzazione degli interventi socio educativi e/o assistenziali che si intendono svolgere. Tale preventivo sarà parte integrante della valutazione multidimensionale della persona che richiede l'accesso agli interventi DOPO DI NOI insieme ad altri elementi presi in considerazione nel progetto individualizzato.

Ente erogatore delle prestazioni/progetto

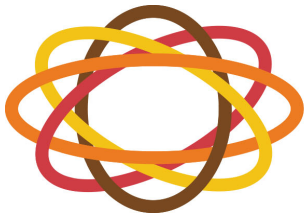
Denominazione _____

Indirizzo sede legale _____

Partita Iva/C.F. _____

Tel. _____

E-mail _____



PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

PREVENTIVO IN FAVORE DI:

Il /la beneficiario/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____, il _____,

Residente a _____ via _____

PER ACCEDERE ALLE SEGUENTI MISURE:

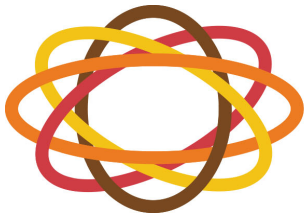
MISURA	X
Accompagnamento all'autonomia	
Residenzialità con Ente Gestore	
Gruppo appartamento autogestito	
Residenzialità in soluzioni di Housing/Cohousing	

DENOMINAZIONE PROGETTO _____

PRIMA ANNUALITÀ

N° MESI _____

Voci di costo (specificare la figura professionale)	Costo orario	N° ore previste E tipo intervento	Rapporto operatore/ beneficiario	Imponibile	% IVA (sbarrare se esente)	Costo complessivo



PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

SECONDA ANNUALITÀ

N° MESI _____

Voci di costo (specificare la figura professionale)	Costo orario	N° ore previste E tipo intervento	Rapporto operatore / beneficiario	Imponibile	% IVA (sbarrare se esente)	Costo complessivo

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO (specificare se IVA inclusa o esclusa, in caso indicare percentuale e importo da aggiungere): _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma Ente erogatore interventi
