



PROTOCOLLARE PRESSO COMUNE DI PROPRIA RESIDENZA

(Allegato 4.5)

PROGETTO B2 DGR 2033/2024

**Intervento 4.5 VOUCHER SOCIALE RICOVERO TEMPORANEO**

PROGETTO IN FAVORE DI PERSONA  ADULTA  MINORE  ANZIANA

**1. BENEFICIARIO**

Sig./Sig.ra.....Tel.....

Mail.....

**2. FAMILIARE Referente del Progetto/**

Nome e Cognome .....Tel.....

Mail.....PEC.....

**DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

**( OBIETTIVI/TIPOLOGIA INTERVENTI/MOTIVO RICOVERO )** .....

**DURATA DEL RICOVERO-** data inizio..... data fine.....  
*(compreso tra il 1.07.2024 e il 30.06.2025 - MAX 30 GIORNI)*

Specificare, contrassegnando con X, **LA TIPOLOGIA DI RICOVERO:**

già effettuato con spesa già pagata dal beneficiario/famiglia ***di cui si allega fattura e bonifico*** e per il quale il beneficiario/famiglia sceglie la **Modalità 1 di incasso a se stesso**

da effettuare/programmare ***di cui si allega preventivo*** di spesa e per il quale il beneficiario/famiglia sceglie

la Modalità 1 di incasso a stesso

la Modalità 2 di versamento diretto alla struttura con fattura intestata al beneficiario

**COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO (IVA INCLUSA)**.....

data .....

Firma famiglia: .....

Servizio Sociale: .....



**MODULO PER LIQUIDAZIONE PRESTAZIONE**

**MISURA 4.5 VOUCHER RICOVERO TEMPORANEO IN STRUTTURA**

**MISURA B2 DGR 2033/2024**

**Modalità 1 – contributo versato ALLA STRUTTURA**

Pagamento da parte dell'ufficio di piano direttamente alla struttura (previa presentazione del consuntivo/fattura della spesa e bonifico) con autorizzazione della famiglia al versamento a terzi e disponibilità della struttura all'incasso posticipato rispetto all'esecuzione della prestazione ed emissione di fattura intestata a famiglia/beneficiario.

**Il Sottoscritto** \_\_\_\_\_

(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)

- Beneficiario della Misura  
 Richiedente per conto del Beneficiario Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

autorizza il versamento del contributo alla **STRUTTURA DENOMINATA** .....

con Indirizzo sede legale .....

Partita IVA/C.F. .... Telefono .....

Indirizzo mail ..... Indirizzo pec .....

che ACCONSENTE a rendicontare la spesa con fattura riportante il nominativo del beneficiario il ricovero e relativo periodo.

**Il contributo sarà quindi erogato dall'Ufficio di Piano direttamente alla struttura con bonifico sul seguente**

**IBAN** \_\_\_\_\_

data .....

Timbro e Firma soggetto erogatore: .....

Firma famiglia/beneficiario: .....

***(Per l'informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nella "Informativa sul Trattamento dei Dati Personali" Avviso Pubblico E Criteri Distrettuali Per L'erogazione Di Misure A Favore Delle Persone Con Disabilità Grave E Anziani Non Autosufficienti Dgr 2033/2024 e nel Modulo Istanza)***





**PIANO DI ZONA**  
**Distretto Sociale Est Milano**

COMUNI DI:  
Piooltello, Rodano, Segrate, Vimodrone