



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 CognomeTel.....

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