



PROGETTO B2 DGR 3719/2024
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- *(entro il 30.06.2026 - MAX 30 GIORNI) : mese ipotizzato di ricovero* _____

Il ricovero è programmabile con data di decorrenza successiva all'approvazione definitiva della graduatoria voucher che avverrà entro il mese di settembre 2025.

si allega preventivo di spesa

LA SPESA POTRA' ESSERE PAGATA SOLO E DIRETTAMENTE ALLA STRUTTURA DALL'UFFICIO DI PIANO A SEGUITO DI FATTURA E SUCCESSIVAMENTE OVVIAMENTE ALL'AMMISSIONE IN GRADUATORIA.

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

data

Firma famiglia:

Servizio Sociale:

(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 Dgr 3719/2024 e nel Modulo Istanza)



MODULO PER LIQUIDAZIONE PRESTAZIONE

MISURA 4.5 VOUCHER RICOVERO TEMPORANEO IN STRUTTURA

MISURA B2 DGR 3917/2024

contributo versato ALLA STRUTTURA

Pagamento da parte dell'ufficio di piano direttamente alla struttura (previa presentazione della fattura)

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: