



PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE degli INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI
Misure a favore delle persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale
e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo
ex Misura B2 – ai sensi della DGR XII/6320 del 15.06.2026.

Il presente modulo ha lo scopo di fornire al Comune di residenza e all'Ufficio di Piano competente il preventivo rispetto alla spesa dei servizi forniti dai soggetti erogatori aderenti all'Elenco fornitori di Ambito, individuati dai richiedenti per l'attivazione dell'Assistenza Diretta.

DATI SOGGETTO EROGATORE

Denominazione _____
Indirizzo sede legale _____
Partita Iva/C.F. _____
Telefono _____
Indirizzo mail _____

PREVENTIVO IN FAVORE DI - BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in via _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____

ASSISTENZA DIRETTA - INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI

Prestazioni di supporto e di sollievo ai caregiver familiari o di miglioramento della qualità della vita dei beneficiari

	Supporto e sollievo al caregiver familiare;	
	Benessere e miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale.	



In caso di richiesta intervento **RICOVERO DI SOLLIEVO TEMPORANEO IN STRUTTURA RESIDENZIALE** indicare:

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E/O EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

- data inizio: _____
- data fine: _____

COSTO SERVIZIO EROGATO:		
TARIFFE	COSTO	IVA
TOTALE COSTO - PERIODO RICOVERO DI SOLLIEVO		

(allegare preventivo di spesa fornito dalla struttura)

Per le Prestazioni **SOCIOEDUCATIVE/EDUCATIVE IN CONTESTI SOCIALIZZANTI (FUORI DAL DOMICILIO)**, ANCHE TRAMITE SVILUPPO DI PROGETTUALITÀ, indicare:

SERVIZIO/PRESTAZIONE EROGATA			
servizio/prestazione	giorni	Orari	n° ore
	Lunedì ☐ sì ☐ no		
	Martedì ☐ sì ☐ no		
	Mercoledì ☐ sì ☐ no		
	Giovedì ☐ sì ☐ no		
	Venerdì ☐ sì ☐ no		
	Sabato ☐ sì ☐ no		
	Domenica ☐ sì ☐ no		



FIGURA PROFESSIONALE (educatore, ASA, OSS, Operatore sociale)	RUOLO/ATTIVITA'

OBIETTIVI DEL SERVIZIO	
TIPOLOGIA OBIETTIVO	DESCRIZIONE

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E/O EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

- data inizio: _____
- data fine: _____

Periodo Sospensione programmata (da - a)	Motivazione
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro

COSTO SERVIZI EROGATI:		
TARIFFE	COSTO	IVA
TARIFFA ORARIA		
TARIFFA ORARIA FESTIVA		
COSTO SETTIMANALE PRESTAZIONE		
TOTALE COSTO SETTIMANALE		
SPESA ANNUA STIMATA		
TOTALE SPESA ANNUA		

Data _____

Timbro e Firma
