(CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO EROGATORE)

<p style="text-align: center;">PREVENTIVO DI SPESA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA PREVISTI DALLA MISURA B2 (DGR n. 3719 del 30/12/2024 - Decreto n. 1279 del 03/02/2025)</p> <p style="text-align: center;">Da compilare e allegare alla domanda di accesso al contributo</p>	All. B
---	---------------

Il presente modulo ha lo scopo di fornire al Comune il preventivo relativo all'intervento di assistenza diretta richiesto, tra quelli previsti dalla programmazione territoriale dell'Ambito Visconteo Sud Milano, e deve essere pertanto:

- compilato dal Soggetto erogatore della prestazione;
- allegato da chi presenta l'istanza per gli interventi di assistenza diretta prevista dalla Misura B2.

L'intervento di assistenza diretta, finanziato a carico della Misura B2, dovrà essere erogato soltanto da uno degli Enti erogatori che hanno aderito alla manifestazione di interesse per l'erogazione dei servizi di assistenza diretta, pubblicata dall'Ambito distrettuale Visconteo Sud Milano con Determina dirigenziale n° 437 del 20/03/2024 avente ad oggetto: "Approvazione avviso pubblico per la costituzione elenco dei fornitori per l'erogazione di interventi di assistenza diretta in favore dei beneficiari della Misura B1 o Misura B2 - FNA 2024 - esercizio 2025 - DGR 3719/2024".

Il preventivo, fornito dal Soggetto erogatore, deve essere relativo alla spesa per la seguente tipologia di interventi finanziabili:

1. prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio;
2. ricovero temporaneo in struttura residenziale;
3. prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzata al sollievo.

Dati Soggetto erogatore

Denominazione _____

Indirizzo sede legale _____

Partita Iva/C.F. _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Indicare riferimento _____

IBAN _____

Dati Soggetto beneficiario

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

SERVIZI EROGATI

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		

PERSONALE COINVOLTO

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

OBIETTIVI DEL SERVIZIO

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Data inizio: _____

Data fine: _____

EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

Periodo (da – a)	Motivazione
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro _____
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro _____
	☐ ferie ☐ festività ☐ altro _____

COSTO SERVIZI EROGATI

1) Tariffa oraria ordinaria € _____ + aliquota IVA al _____

- 2) Eventuale tariffa oraria festiva € _____ + aliquota IVA al _____
3) Costo settimanale delle prestazioni € _____ + aliquota IVA al _____
4) Spesa annua stimata € _____ + aliquota IVA al _____

Somma che sarà fatturata comprensiva di eventuali spese di bollo, imposte, iva ecc. _____

Qualora, a presentazione della fattura, sia presente una cifra inferiore rispetto al presente preventivo verrà riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (importo fattura) come indicato nell'Avviso pubblico.

Come indicato nell'Avviso pubblico, il contributo massimo che potrà essere concesso per l'intervento di assistenza diretta è pari a € 1.500 annui.

Luogo e data _____

Timbro e Firma