

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione

Regione Toscana



ALLEGATO 1 di cui al Decreto del Direttore F.F SdS Lunigiana n. 133 del 12/11/2021

Azione 3: Ampliamento del servizio di assistenza familiare**PIANO DI SPESA RELATIVO ALL'EROGAZIONE DI BUONI SERVIZIO PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO AI SERVIZI DI CURA DOMICILIARE" A VALERE SUL FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE (FSC)**

TITOLO PROGETTO: Domiciliarità al Centro del Territorio (DO.CE.T)

CODICE PROGETTO: 290194

CUP: D69J2101617001

IL buono servizio collegato a tale azione finanzia un contributo economico a fronte del costo per un assistente familiare assunto con regolare contratto di lavoro per un minimo di 26 ore settimanali

L'importo del contributo economico mensile è definito dai valori indicati nella seguente tabella:

Valore ISEE	0	8.000,01	16.000,01	24.000,01
	-	-	-	-
	8000	16.000,00	24.000,00	32.000,00
contributo economico mensile	800	700	600	200

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) a seguito di valutazione multidisciplinare, eroga

al /alla Sig /Sig.ra _____ nato/a a

_____ Il _____ e residente a

_____ in Via _____

Un buono servizio con le seguenti caratteristiche

- contributo economico mensile stabilito; pari ad € _____
- numero di mensilità; _____
- valore totale del Buono _____;
- modalità di erogazione del contributo: (accredito cc/bancario di cui si riporta IBAN)

-periodo di erogazione: dal _____ al _____

Il Beneficiario all'atto della sottoscrizione si impegna a consegnare copia del contratto, copia della denuncia di lavoro domestico riferita all'assunzione dell'assistente familiare e mensilmente a produrre copia della busta paga e versamento dei contributi dovuti.

Laddove nel corso di validità del buono si renda necessaria una variazione (a titolo di esempio: a seguito di variazione ISEE) tale Piano di spesa può essere rimodulato con addendum controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

Aulla, li

Sottoscrizione del Piano

Il Sottoscritto

() in qualità di beneficiario del buono

() in qualità di care giver

(....) in qualità di tutore o amministratore del beneficiario

Sottoscrive ed accetta il presente Piano di spesa

Firma beneficiario/ Tutore /Amministratore/Care Giver

Per il Soggetto attuatore
Il Coordinatore UVM

Allegato al presente Piano di spesa :

Piano individualizzato e copia di documento del sottoscrittore in corso di validità