



Allegato A) PIANO DI SPESA AZIONE 1 di cui al decreto del Direttore n. 182 del 25/10/2023

PROGETTO AN.CO.RE “Assistenza per una collettività responsabile” a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) di cui all’Avviso pubblico regionale mediante procedura a sportello “Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare” - Approvazione modulistica Azione 1, Azione 2 e Azione 3

TITOLO PROGETTO: “Assistenza per una collettività responsabile” (AN.CO.RE)

CODICE PROGETTO: **309128**

CODICE CUP: **D69I23000380001**

Azione 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale territorio

L’ Acot (Agenzia di continuità ospedale territorio), a seguito di valutazione multidisciplinare, attribuisce

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

_____ Il _____ e residente a

_____ in Via _____

il seguente pacchetto di interventi a seguito di Piano individualizzato:

<i>Descrizione interventi</i>	<i>Figura professionale operatore</i>	<i>Costo orario Pacchetti interventi</i>	<i>Costo complessivo del singolo Pacchetto di intervento</i>
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver	OSA o OSS	€ 23,00	

Dal _____ al _____ per un costo complessivo pari ad € _____

Il costo dei singoli pacchetti di interventi (da un minimo di 1.500 ad un massimo di € 3.000) è comprensivo di Iva ai sensi di legge, dei costi relativi al materiale per le medicazioni e agli ausili temporanei (bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni, nonché dei DPI.

Gli interventi saranno erogati dal seguente/i operatore/i economico/i scelto dal beneficiario del buono sulla base dell'elenco allegato al presente Piano di spesa e sono fruibili **entro 30 giorni** dalla dimissione dalle strutture

Dati dell'operatore/i economico/i scelto dal beneficiario

Aulla, li

Sottoscrizione del Piano di spesa

Il Sottoscritto

(...) in qualità di beneficiario del buono

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

Sottoscrive ed accetta il presente Piano di spesa

Firma beneficiario/ Tutore /Amministratore

Per il Soggetto attuatore (Coordinatore/Medico Acot)

Allegato al presente Piano di spesa: Piano individualizzato