Allegato C) PIANO DI SPESA AZIONE 3 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 3: Ampliamento del servizio di assistenza familiare

IL buono servizio collegato a tale azione finanzia un contributo economico a fronte del costo per un assistente famigliare 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 - 8000	8.000,01 - 16.000,00	16.000,01 - 24.000,00	24.000,01 - 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 e copia della denuncia di lavoro domestico riferita all'assunzione dell'assistente famigliare e, mensilmente, a produrre copia della busta paga e versamento dei contributi dovuti.

Aulla, li

Sottoscrizione del Piano

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
Il Coordinatore UVM

_____ _____

Allegato al presente Piano di spesa: Piano Assistenziale Personalizzato