

**Allegato F. Modelli Piano di spesa.<sup>1</sup>**

Avviso: “Interventi di sostegno alle cure domiciliari”

Progetto:

codice Progetto:

**Azione 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio**

La **dimissione** è avvenuta in data \_\_\_\_\_ **Firma del Destinatario** \_\_\_\_\_  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

Nome e Cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Se del caso, nominativo del tutore/amministratore di sostegno/procuratore	

**PIANO DI SPESA**

<i>Tipologia di intervento ( da Tab. 1 dell' Avviso)</i>	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
<b>Costo totale Piano di spesa</b>				

(aggiungere righe se necessario)

Si informa che i servizi verranno erogati nei 30 giorni calcolati a partire dal giorno successivo alla data di dimissione.

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario**  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

**Soggetto attuatore**

<sup>1</sup> I presenti modelli contengono gli elementi minimi richiesti dall'avviso; è facoltà del soggetto attuatore aggiungere ulteriori informazioni. Il piano di spesa deve essere sottoscritto dal **Soggetto attuatore** e dal **Destinatario** (o dal tutore/ dall'amministratore di sostegno/ procuratore/genitore). La data di sottoscrizione rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio.

**ADDENDUM** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_ (*destinatario*),  
sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Il **nuovo ricovero** è avvenuto in data \_\_\_\_\_, la **dimissione** è avvenuta in data \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario** \_\_\_\_\_  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

( *se del caso* ) A seguito del nuovo ricovero, si attivano le seguenti ulteriori prestazioni:

<i>Tipologia di intervento</i> ( da Tab. 1 dell'Avviso )	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
<b>Costo totale aggiuntivo</b>				

I servizi previsti dal Piano di spesa si concluderanno dopo 30 giorni calcolati a partire dal giorno successivo della data di dimissione sopraindicata.

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_  
**Firma del Destinatario**  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

**Soggetto attuatore**

Avviso: Avviso: "Interventi di sostegno alle cure domiciliari"

Progetto:

codice Progetto:

**Azione 2: Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza**

Nome e Cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Se del caso, nominativo del tutore/amministratore di sostegno/procuratore	

### PIANO DI SPESA

<i>Tipologia di intervento ( da Tab. 2 dell' Avviso)</i>	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
<b>Costo totale Piano di spesa</b>				

(aggiungere righe se necessario)

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario**  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

**Soggetto attuatore**

**ADDENDUM** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_ (destinatario),  
sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Si attivano i seguenti ulteriori prestazioni:

<i>Tipologia di intervento</i> ( da Tab. 2 dell'Avviso)	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
<b>Costo totale aggiuntivo</b>				

(aggiungere righe se necessario)

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario**  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

\_\_\_\_\_

**Soggetto attuatore**

\_\_\_\_\_

Avviso: “Interventi di sostegno alle cure domiciliari“

Progetto:

codice Progetto:

**Azione 3: Ampliamento dei servizi di assistenza familiare**

Nome e Cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Se del caso, nominativo del tutore/amministratore di sostegno/procuratore	

Importo contributo mensile	
Modalità di erogazione del contributo (es. : bonifico, ecc.)	
Documentazione di supporto e modalità e tempistica per la sua presentazione ( <i>par. 11.5 dell'avviso</i> )	

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario**

(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

\_\_\_\_\_

**Soggetto attuatore**

\_\_\_\_\_

**ADDENDUM** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_ (destinatario),  
sottoscritto in data \_\_\_\_\_

**Modifica al Piano di spesa**

Importo contributo mensile	
Modalità di erogazione del contributo ( es. : bonifico, ecc.)	
Documentazione di supporto e modalità e tempistica per la sua presentazione	

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario**  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

**Soggetto attuatore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avviso: "Interventi di sostegno alle cure domiciliari"

Progetto:

codice Progetto:

**Azione 4: Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza**

Nome e Cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Nominativo del genitore/tutore	

**PIANO DI SPESA**

<i>Tipologia di intervento ( da Tab. 4 dell'Avviso)</i>	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
<b>Costo totale Piano di spesa</b>				

(aggiungere righe se necessario)

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Genitore/tutore**

**Soggetto attuatore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ADDENDUM** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_ (destinatario),  
sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Si attivano i seguenti ulteriori prestazioni:

<i>Tipologia di intervento</i> ( da Tab. 4 dell'Avviso)	<i>Operatore</i>	<i>Durata</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo totale intervento</i>
<b>Costo totale aggiuntivo</b>				

(aggiungere righe se necessario)

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma del Destinatario**  
(oppure tutore/amministratore di sostegno/procuratore)

\_\_\_\_\_

**Soggetto attuatore**

\_\_\_\_\_