**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI**

**(ASSISTENZA DIRETTA)**

**PER MINORI / ADULTI CON DISABILITA’ E NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2) TRAMITE BANDO A SPORTELLO**

**- AI SENSI DELLA DGR XII/3719/2024 –**

**(a cura del Servizio Sociale)**

 Il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede l'attivazione di interventi integrativi sociali (assistenza diretta – misura B2) in favore di:**

* destinatario dell'intervento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* tipo di intervento:
* prestazione educativa/servizio di assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale (specificare titolo dell’operatore che svolge il servizio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* servizio di assistenza domiciliare
* sostegno ai caregiver, individuale o di gruppo
* rimborso per periodi di sollievo
* ente erogatore del servizio (a scelta tra gli enti accreditati): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* totale ore previste dal progetto (eventualmente da rimodulare in seguito alla modifica dei costi orari a scadenza dell’accreditamento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* per un valore pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’operatore di riferimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare:

* Modulo di richiesta da parte del cittadino con tutti i relativi allegati