



**COMUNITÀ MONTANA  
VALLE BREMBANA**  
**ENTE GESTORE PIANO DI  
ZONA 2021/2024**

ALGUA - AVERARA - BLELLO - BRACCA - BRANZI - CAMERATA  
CORNELLO - CARONA - CASSIGLIO - CORNALBA - COSTA SERINA - CUSIO  
DOSSENA - FOZZOLO - ISOLA DI FONDRÀ - LENNA - MEZZOLDO - MOIO  
DE' CALVI - OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE - ORNICA - PIAZZA  
BREMBANA - PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO - SAN GIOVANNI  
BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA - SERINA  
TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA  
VALTORTA - VEDESETA - ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**MODULO DI DOMANDA PER ATTIVAZIONE DI VOUCHER SOCIALI VOLTI AL CONTENIMENTO  
DELL'EMERGENZA ABITATIVA E PER IL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE  
ANNO 2024**

Al Servizio sociale della sede di.....

**Beneficiario**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza) c/o

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**Richiedente** (se diverso dal beneficiario):  Familiare convivente  Familiare  Altra persona di riferimento

Centro antiviolenza Penelope  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHE** risulta beneficiario anche della misura ADI  (barrare in caso affermativo)

**CHIEDE** che venga erogato un voucher sociale a favore del beneficiario per **INTERVENTI VOLTI AL  
CONTENIMENTO DELL'EMERGENZA ABITATIVA E PER IL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE:**

Costi (tutti i costi sotto esposti sono da intendersi IVA INCLUSA):

- Costo orario Educatore Professionale = €.21,70;

- Costo orario Coordinatore = €. 24,40;
- Costo orario ASA/OSS: €.20,15
- Costo orario custode sociale = €. 16,87;

Nella costruzione del voucher si possono conteggiare altresì le seguenti voci di costo:

- Affitto costo/mese = per max. €.400,00;
- Utenze costo/ mese= per max. €.100,00
- Frequenza Centro diurno (comprensiva di pasto) =per max. €.44,00/giorno

N\_\_\_\_\_ ore di intervento di educatore (€.21,70/h)\_\_\_\_\_ per N\_\_\_\_\_ mesi + N\_\_\_\_\_ ore di intervento di coordinatore (€.24,40)\_\_\_\_\_ + N\_\_\_\_\_ ore ASA/Oss(€.20,15)\_\_\_\_\_ + N\_\_\_\_\_ ore custode sociale (€.16,78) + \_\_\_\_\_ (altre voci di costo tra quelle sopra indicate)

**Costo voucher** \_\_\_\_\_

Durata: n. \_\_\_\_\_ mesi (max.6 mesi) prorogabile per altri n \_\_\_\_\_ mesi (max. altri 6 mesi) = costo voucher (max.600€) \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che l'intervento verrà erogato dal seguente soggetto gestore:

Cooperativa \_\_\_\_\_ con sede \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ cell referente \_\_\_\_\_

**DICHIARA** inoltre che:

Di essere residente in uno dei 37 comuni della Valle Brembana;

Di essere inserito all'interno di appartamenti di housing presso \_\_\_\_\_

ubicato a \_\_\_\_\_;

*A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti e uso degli atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità;*

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allegano alla presente:

- Attestazione ISEE (in corso di validità);
- Certificazione di invalidità o in mancanza relazione attestante la fragilità;
- Modulo privacy firmato;

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Nome.....
Cognome.....
Data di nascita...../...../.....comune di nascita.....
Comune di residenza.....
Via.....n. civico.....
C.F..... tessera sanitaria.....

**SITUAZIONE INIZIALE PERSONALE E FAMILIARE**

.....

.....

.....

.....

.....

**OBIETTIVI DEL PROGETTO E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO**

.....

.....

.....

.....

.....

**TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**

.....

.....

.....

.....

.....

**NOME DEL RESPONSABILE DEL PROGETTO E DEL PERSONALE COINVOLTO (QUALIFICA E NUMERO DI ORE DESTINATE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO)**

.....

.....

.....

.....

.....

**EVENTUALI PARTNER COINVOLTI .....**

.....

.....

.....

.....

.....

**COSTI (tutti i costi s'intendono comprensivi di IVA)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ENTE PROPONENTE

SERVIZIO SOCIALE

.....

.....

DESTINATARIO E/O REFERENTE

.....