# Allegato n. 4D Piano di Spesa

Avviso: “***Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società****“*

Progetto:

Codice Progetto:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome del destinatario |  |
| Codice fiscale |  |
| Residenza |  |
| Se nominato, nome e cognome del rappresentante legale |  |
| Obiettivo del progetto di Vita Indipendente |  |
| Durata del progetto di Vita Indipendente *(indicare numero mesi)* |  |

**PIANO DI SPESA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tipologia di servizio*** | ***Importo mensile assegnato*** | ***Documentazione di supporto****(indicare la documentazione come da art. 12 dell’avviso dell’ambito territoriale)* |
| ***1. Spese di personale*** |  |  |
| *a) Assistente personale* |  |  |
| *b) Fisioterapista* |  |  |
| ***2. Spese di trasporto*** |  |  |
| *a) Trasporto pubblico* |  |  |
| *b) Trasporto privato sociale* |  |  |
| ***3. Spese di iscrizione ad attività sportive*** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A) Importo mensile totale assegnato** | **B) Durata del piano di spesa** *(indicare numero mesi)* | **C) Importo totale assegnato del piano di spesa** (*C=AxB*) |
|  |  |  |

****

**L’importo assegnato (A e C) rappresenta il contributo massimo erogabile. Il contributo è erogato sulla base della rendicontazione mensile.**

**Il contributo assegnato s’intende consolidato fino alla conclusione del progetto, anche al modificarsi della condizione socioeconomica della persona con disabilità.**

La persona con disabilità (o suo rappresentante legale, se nominato), con la sottoscrizione del presente piano di spesa,

**SI IMPEGNA A**

* 1. utilizzare il contributo economico per gli obiettivi e i servizi del progetto di Vita Indipendente approvato;
	2. comunicare preventivamente alla Società della Salute / Zona distretto di riferimento eventuali variazioni del Piano di Spesa ai fini delle necessarie valutazioni;
	3. presentare la rendicontazione delle spese sostenute secondo le modalità e la periodicità stabilite dalla Società della Salute / Zona distretto competente;
	4. consentire al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente approvato;
	5. rispettare ogni altra disposizione prevista dall’Avviso *(inserire gli estremi dell’avviso della Società della Salute / Zona distretto di riferimento)*.

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

 Firma del Destinatario Firma del Soggetto

(o suo rappresentante legale, se nominato) beneficiario

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

****

**VARIAZIONE** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*destinatario*),

*sottoscritto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Rimodulazione dell’articolazione del contributo sulle diverse tipologie di spese ammissibili

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Tipologia di servizio*** | ***Importo mensile assegnato*** | ***Documentazione di supporto****(indicare la documentazione come da art. 12 dell’avviso dell’ambito territoriale)* |
| ***1. Spese di personale*** |  |  |
| *a) Assistente personale* |  |  |
| *b) Fisioterapista* |  |  |
| ***2. Spese di trasporto*** |  |  |
| *a) Trasporto pubblico* |  |  |
| *b) Trasporto privato sociale* |  |  |
| ***3. Spese di iscrizione ad attività sportive*** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A) Importo mensile totale assegnato** | **B) Durata del piano di spesa** *(indicare numero mesi)* | **C) Importo totale assegnato del piano di spesa** (*C=AxB*) |
|  |  |  |

Motivazione variazione al Piano di Spesa sottoscritto, richiesta dal destinatario *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

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

 **Firma Destinatario Firma Soggetto beneficiario**

(o suo rappresentante legale, se nominato)

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