



(Allegato 4)

VOUCHER MINORI
MODULO PER FORMALE PREVENTIVO DI SPESA
DGR 4138 del 21.12.2020 – MISURA B2

INFORMATIVA PER LA FAMIGLIA ED ENTE GESTORE

Intervento 4:VOUCHER PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITA'

“Gli interventi sono finalizzati **a sostenere la vita di relazione di minori** con disabilità attraverso progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, costi relativi allo svolgimento di attività di tempo libero, pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi specialistici, ecc. attraverso figure professionali. Non sono finanziabili con tale tipologia di Voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto. Inoltre tali voucher sociali non possono essere utilizzati per la copertura di costi sanitari e sociosanitari. **Gli interventi sono realizzabili nel periodo di decorrenza dell'eventuale contributo (1.5.2021 – 30.04.2022).**

Il presente modulo ha la finalità di fornire al Servizio Sociale e all'Ufficio di Piano un preventivo di spesa rispetto agli interventi che si intendono realizzare nell'ambito della **Misura Voucher Sociale – Intervento 4** per sostenere la vita di relazione dei minori con disabilità. Considerato che l'importo complessivo del contributo viene calcolato anche sulla base di tale preventivo, **è necessario che venga determinata nel modo più preciso possibile la spesa che dovrà essere sostenuta per l'attivazione del progetto. Questo modulo deve essere compilato dall'erogatore della prestazione e allegato all'istanza.**

Saranno riconosciuti solo i costi sostenuti, nell'importo massimo del contributo riconosciuto. Qualora, a seguito di interventi non realizzati o ridotti, i preventivi presentati NON dovessero essere coerenti con le spese sostenute si provvederà alla rimodulazione del contributo assegnato in graduatoria, in base all'allegato 3. Eventuali variazioni o integrazioni del Pai dovranno essere approvati dal Servizio Sociale del Comune di Residenza tramite comunicazione dell'Allegato 5 e/o 4.



2. SERVIZI/PRESTAZIONI EROGATE

Servizio/prestazione	Giorni	Orari	N° ore
	Lunedì (si) (no)		
	Martedì (si) (no)		
	Mercoledì (si) (no)		
	Giovedì (si) (no)		
	Venerdì (si) (no)		
	Sabato (si) (no)		
	Domenica (si) (no)		
		TOT. ORE SETT.LI	
Note			

3. PERSONALE COINVOLTO :

Specificare la figura professionale	Tariffa oraria Ordinaria	Eventuale Tariffa oraria Festiva	N° ore Sett.li	Rapporto operatore/beneficiario

4. PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

data inizio: _____ data fine: _____

N.B. Il periodo considerato deve essere compreso tra il 1.05.2021 e il 30.04.2022.



5. EVENTUALI PERIODI DI SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

(specificare i periodi di sospensione e sottrarli nel calcolo totale del costo):

Periodo (da ---a)	Motivazione
	Ferie () Festività () Altro _____
	Ferie () Festività () Altro _____
	Ferie () Festività () Altro _____

6. LUOGO/LUOGHI DELLE PRESTAZIONI E ATTIVITA' SVOLTE

7. SPECIFICHE PREVENTIVO:

Tipologia Intervento	Costo Sett.le Iva Esclusa	IVA			Costo TOT. Iva inclusa
		Esente (X)	NON esente (X)	Aliquota % Importo Iva	

8. COSTO MENSILE DEL PROGETTO: _____

9. COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO(Rapportato alla durata complessiva del progetto stesso)

(Utile per la determinazione del Voucher da assegnare)

Data:

Timbro soggetto erogatore

FIRMA