

|                             |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DISTRETTO DI TRADATE</b> | Comuni di:<br>Castelseprio, Castiglione Olona,<br>Gornate Olona, Lonate Ceppino,<br>Tradate, Vedano Olona, Venegono<br>Inferiore, Venegono Superiore | <b>UFFICIO PIANO DI ZONA</b><br>piazza Mazzini, 6 - 21049 Tradate (VA)<br>TEL 0331/826879<br>E-MAIL<br><a href="mailto:ufficiodipiano@comune.tradate.va.it">ufficiodipiano@comune.tradate.va.it</a> |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## PROGETTO DI ATTIVAZIONE VOUCHER

| BENEFICIARIO                                                                                                                                                                                                              |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Cognome                                                                                                                                                                                                                   | Nome |
| Nato/a a                                                                                                                                                                                                                  | Il   |
| Codice fiscale                                                                                                                                                                                                            |      |
| Residenza                                                                                                                                                                                                                 |      |
| Domicilio                                                                                                                                                                                                                 |      |
| Tel.                                                                                                                                                                                                                      | Cel. |
| Indicatore ISEE: ordinario €<br>Socio-sanitario €                                                                                                                                                                         |      |
| Valore voucher: voucher totali: n°                      €                      di cui:<br><br><div style="text-align: center;">             A carico dell'ente €<br/>             A carico dell'utente €           </div> |      |

| ELENCO EROGATORI VOUCHER PER TIPOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Sezione A – Servizi/interventi personalizzati per assistenza socio-educativa per minori, adolescenti, disabili e anziani e loro nuclei familiari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Cooperativa Baobab</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa Educational Team</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa il Girasole</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa Itaca</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa L'Aquilone</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa L'Arca</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa La casa davanti al sole</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa La miniera di Giove</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa Naturart</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa Rembrandt</li> <li><input type="radio"/> Cooperativa Totem</li> </ul> |

**Sezione B - servizi/interventi per prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale personalizzati per anziani, disabili e famiglie:**

- ☐ Cooperativa Baobab
- ☐ Cooperativa Il nido delle rondini
- ☐ Cooperativa Rembrandt
- ☐ Fondazione Poretti e Magnani
- ☐ Fondazione Velini

**Sezione C – servizi/interventi per spazio neutro;**

- ☐ Cooperativa Baobab
- ☐ Cooperativa Educational Team
- ☐ Cooperativa L'Aquilone
- ☐ Cooperativa La casa davanti al sole
- ☐ Cooperativa Rembrandt

**PERIODO DI ATTIVAZIONE**

Dal

Al

**INTERRUZIONE**

Dal

Al

**MOTIVO INTERRUZIONE**

L'interruzione dell'erogazione del Voucher da parte dell'Ente Locale avviene per:

- Raggiungimento dello scopo e cessazione del bisogno
- Acquisizione di altre risorse da parte del beneficiario tali da renderlo autonomo in proprio
- Mancato rispetto degli obiettivi concordati
- Perdita dei requisiti del beneficiario, previsti dai criteri per l'erogazione di voucher
- Utilizzo improprio delle risorse assegnate

**PATTO DI COLLABORAZIONE**

**IL RICHIEDENTE**

Sig./sig.ra

Nato/a a

Il

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| In qualità di (specificare grado di parentela)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |
| Rappresentante legale (specificare)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| Di                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CF                             |
| Dichiara di accettare le modalità definite nel progetto individuale e di scegliere il seguente soggetto accreditato:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |
| Si impegna a perseguire gli obiettivi definiti nel progetto individuale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |
| Firma del Richiedente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Firma dell' Assistente Sociale |
| Data attivazione voucher (data della firma del richiedente e contestuale invio via mail)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |
| <b>IL TECNICO REFERENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
| Sig./sig.ra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
| Dell'Organizzazione accreditata                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |
| Dichiara di condividere e sottoscrivere il presente progetto individuale, allegato alla presente, e si impegna a realizzare una presa in carico congiunta ai sensi dell'art. 2 del Patto di Accreditamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |
| Dichiara di fatturare a<br>come da progetto di attivazione voucher e minimo ogni 3 mesi di attività, specificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comune che ha attivato voucher</li> <li>• Iniziali nome e cognome della persona che ne ha beneficiato</li> <li>• Ore di prestazioni erogati</li> <li>• Tipologia di prestazione (come da bando)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |
| Dichiara di fatturare all'Utente la quota di €                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |
| Dichiara: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Di assumersi l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13.08.2014 n.136</li> <li>• Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni finanziarie relative al presente servizio, costituisce ai sensi dell'art. 3 comma 9 bis L. 136/2010, causa di risoluzione del contratto</li> <li>• Di essere altresì a conoscenza che eventuali contatti di subappalto, qualora consentiti, dovranno recare, a pena di nullità, un'apposita clausola con la quale si assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla citata legge n. 136/2010.</li> </ul> |                                |
| Firma del Referente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |