

Allegato n. A4 Piano di Spesa

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

Progetto: **“PROGETTI VITA INDIPENDENTE FSE+ FIRENZE”**

Codice Progetto: **316717**

| | |
|--|--|
| 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

- a. utilizzare il contributo economico per gli obiettivi e i servizi del progetto di Vita Indipendente approvato;
- b. comunicare preventivamente alla Società della Salute / Zona distretto di riferimento eventuali variazioni del Piano di Spesa ai fini delle necessarie valutazioni;
- c. presentare la rendicontazione delle spese sostenute secondo le modalità e la periodicità stabilite dalla Società della Salute / Zona distretto competente;
- d. consentire al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente approvato;
- e. rispettare ogni altra disposizione prevista dall'Avviso *Pubblico*

Luogo e data, _____

Firma del Destinatario
(o suo rappresentante legale, se nominato)

Firma del Soggetto
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
(o suo rappresentante legale, se nominato)

Firma Soggetto beneficiario
