

## Scheda di rendiconto

### BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI 2025/26

Comune di \_\_\_\_\_

Case Manager \_\_\_\_\_

CODICE ID DEL BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

#### PROGETTO

#### Strumenti indiretti:

- ☐ Buono sociale mensile per personale di assistenza regolarmente impiegato
- ☐ Buono sociale mensile per Caregiver Familiare
- ☐ Buono sociale per Progetto di vita indipendente

Il progetto in favore del beneficiario:

- ☐ È stato attivato
- ☐ Variazioni (*segnalare le eventuali variazioni intervenute nel corso dell'attuazione del progetto dandone motivazione*)

---

---

---

---

---

# RENDICONTO FINANZIARIO PER STRUMENTI INDIRETTI

(E' possibile rendicontare esclusivamente il periodo finanziabile da bando)

Periodo di rendicontazione	Operatore impiegato	N° ore giornaliere/ settimanali effettuate	N° mesi di intervento	Costo mensile*	Costo totale del periodo di rendicontazione*
01/07/25-30/09/25	<input type="checkbox"/> Assistente Familiare  <input type="checkbox"/> Caregiver Familiare			Luglio _____  Agosto _____  Settembre _____	
01/10/25-31/12/25	<input type="checkbox"/> Assistente Familiare  <input type="checkbox"/> Caregiver Familiare			Ottobre _____  Novembre _____  Dicembre _____	
01/01/26-31/03/26	<input type="checkbox"/> Assistente Familiare  <input type="checkbox"/> Caregiver Familiare			Gennaio _____  Febbraio _____  Marzo _____	
01/04/26-30/06/26	<input type="checkbox"/> Assistente Familiare  <input type="checkbox"/> Caregiver Familiare			Aprile _____  Maggio _____  Giugno _____	

N.B.

Le colonne con l'asterisco non vanno compilate per lo strumento "Buono sociale mensile per Caregiver Familiare"

Nella colonna "N° ore giornaliere/ settimanali effettuate" vanno indicate le ore giornaliere effettuate per lo strumento "Buono sociale mensile per Caregiver Familiare"; per gli altri strumenti vanno indicate le ore settimanali di intervento

Nel periodo di rendicontazione il beneficiario ha usufruito dell'erogazione delle seguenti misure *(barrare l'opzione che ricorre)*:

- ☐ Misura B1 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ Presa in carico con Misura RSA Aperta ai sensi della DGR n. 7769/2018 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ Ricovero di sollievo il cui costo del ricovero non sia a carico del Fondo Sanitario Regionale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ Voucher anziani e disabili ai sensi delle DGR n. 7487/17 e n. 2564/19 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ Contributo da risorse per progetti di vita indipendente – PRO.VI. - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ☐ Sostegni per interventi infrastrutturali “Dopo di Noi”
- ☐ Bonus per Assistente Familiare iscritto nel Registro di assistenza familiare ai sensi della L.R. 15/2015 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e che la somma dell'importo riconosciuto per il personale di assistenza regolarmente impiegato è pari a € \_\_\_\_\_ mensili
- ☐ Prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;
- ☐ Home Care Premium/INPS HCP dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore

\_\_\_\_\_