



PATTO ASSISTENZIALE

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

In qualità di:

- Diretto interessato
- Familiare di riferimento
- Tutore
- Amministratore di sostegno

del Sig./della Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
residente in _____ via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

DICHIARA

1) Che le persone sotto elencate convivono con il destinatario del servizio (indicare anche eventuale assistente familiare):

Nome e cognome	Grado di parentela	Data di nascita

2) Che la persona di riferimento è:

Il Sig./la Sig.ra _____ grado di parentela _____ Tel. _____

3) Di avere preso visione e di accettare il Progetto di Assistenza redatto dal Servizio Sociale come di seguito formulato:

Interventi attivabili

Buoni Sociali

- per valorizzazione care giver
- per assistente familiare
- per vita indipendente disabili gravi

Voucher interventi psico educativi, ricreativi, extrascolastici e per il tempo libero

- frequenza Laboratori Psico-Educativi (max 40 accessi/anno)

Voucher per interventi educativi mirati alla socializzazione per minori disabili

- voucher interventi educativi socializzanti

Voucher per educatore presso Centri Estivi Diurni

- assistenza individuale

4) Di scegliere il seguente ente accreditato per l'erogazione degli interventi:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Il Mosaico Servizi cooperativa sociale onlus | <input type="checkbox"/> Amicizia Soc. Coop. Sociale onlus, Codogno |
| <input type="checkbox"/> Coop. Soc. Le Pleiadi servizi, Lodi | <input type="checkbox"/> Koinè cooperativa Sociale ONLUS |
| <input type="checkbox"/> Associazione Sport Codogno | <input type="checkbox"/> Famiglia Nuova Soc. Coop. Sociale |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa Start | <input type="checkbox"/> Cooperativa Emmanuele |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa Aldia | <input type="checkbox"/> ASD No Limits |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa Alemar | <input type="checkbox"/> Cooperativa Alveare |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

6) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale trasferimento, ricovero, decesso del beneficiario.

Durata progetto: dal _____ al _____

Data _____ Firma dell'utente/famigliare _____

Firma (per esteso e leggibile) dell'Assistente Sociale _____



PROSPETTO ECONOMICO RELATIVO AL PATTO ASSISTENZIALE

del Sig./Sig.ra _____

residente in _____ via _____ n. _____

BUONO

Valore **complessivo** del buono _____

IBAN: _____

INTESTATARIO CONTO CORRENTE: _____

VOUCHER

frequenza Laboratori Psico-Educativi (max 40 accessi/anno)

interventi educativi socializzanti

educatore presso Centri Estivi Diurni

Ente scelto dalla famiglia: _____

Valore **complessivo** dell'intervento

Durata progetto: dal _____ al _____

Firma e timbro assistente sociale _____