

All'Ufficio PLUS del Comune di Oristano
Piazza Eleonora D'Arborea, 44
09170 – Oristano
istituzionale@pec.comune.oristano.it
antonella.sedda@comune.oristano.it
giada.carboni@comune.oristano.it

OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2025" - PROGETTO

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

C.F. _____ RESIDENTE A _____ IN _____

VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELLULARE _____ E-MAIL _____

RAPPRESENTANTE LEGALE ☐ SI ☐ NO TIPOLOGIA E NOMINATIVO _____

REQUISITO DI ACCESSO AL PROGETTO:

- Legge 104/92 art. 3;
- Essere in carico ai servizi sanitari per una disabilità mentale/fisica e avere attivato le procedure per il riconoscimento dell'handicap ai sensi della Legge 104/92;

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

[illegible]

Tipologia servizio (SAD, SET, L.162/98, HCP, L. 20/97, etc.)	Importo finanziamento mensile	Ore mensili

[illegible]

FINANZIAMENTO

IMPORTO ISEE SOCIO-SANITARIO 2025: € _____ PERCENTUALE DECURTAZIONE: ____ %

FINANZIAMENTO RICHIESTO: € _____.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO RICHIESTO:

- supporto educativo – EDUCATORE PROFESSIONALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato - OSS FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato- OSS FESTIVO;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FESTIVO.

Tipologia servizio	Cooperativa scelta	Budget mensile	Ore mensili

DATA ATTIVAZIONE: _____

DATA FINE PROGETTO: _____

DURATA PROGETTO (in mesi): _____

Luogo e data _____

Firma operatore

Firma beneficiario

Firma rappresentante legale

N.B. Trasmettere la presente proposta progettuale al protocollo del Comune di Oristano e agli indirizzi degli operatori referenti per il procedimento, indicati in intestazione;