

VOUCHER SOCIALE SAD
PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.)

COMUNE DI

DATI BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di nascita _____ Sesso ☐ M ☐ F

Residente a _____ Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Codice fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico Curante _____

DATI PERSONE DI RIFERIMENTO

Nominativo	Parentela	Residenza	Recapito Telefonico

BISOGNI DELL'ASSISTITO E PRESTAZIONI DOMICILIARI PREVISTE

A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE

A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE

PROGRAMMA SETTIMANALE DI INTERVENTO
(indicare l'orario indicativo)

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattino							
Pomeriggio							
Sera							

Monte ore complessivo settimanale n°

PARTECIPAZIONE ECONOMICA DEL BENEFICIARIO

Fascia ISEE di appartenenza	N°	Partecipazione economica del beneficiario per ogni ora erogata	€
-----------------------------	----	--	------------------------

 Data
L'Assistente Sociale del Comune

AUTORIZZAZIONE DEL COMUNE

 Si **autorizza** l'erogazione del Voucher Sociale per il Servizio di Assistenza Domiciliare mediante il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) previsto

 Data
Il Responsabile dei Servizi alla Persona

ACCETTAZIONE ASSISTITO/ FAMILIARE

 Il richiedente **accetta** il Profilo di Voucher Sociale assegnato, il Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) e l'eventuale quota di partecipazione economica

 Data

 Firma

IMPEGNO DEL SOGGETTO EROGATORE ACCREDITATO

 Il soggetto erogatore accreditato scelto dal beneficiario del Voucher Sociale **si impegna** ad erogare al domicilio dello stesso le prestazioni socio-assistenziali previste dal presente Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) e a comunicare al Comune di residenza ogni eventuale variazione

 Data

 Firma