In allegato alla domanda di

Codice fiscale

Ufficio destinatario

Scheda anagrafica allegata domanda di iscrizione all'albo di soggetti idonei alla realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità

La/Il sottoscritta/o

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Sede operativa

☐ la sede operativa non coincide con la sede legale *(selezionare la casella)*

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **CAP**

Telefono soggetto giuridico | **Posta elettronica** | **Posta elettronica certificata soggetto giuridico**

Sito web e orari di apertura

Sito web | **Orari di apertura**

Interventi *(Selezionare gli interventi per i quali si richiede l'accreditamento)*

☐ **1. Interventi/Servizi a favore di persone non autosufficienti**

☐ Assistenza domiciliare di base

Descrizione attività | **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Interventi educativi a favore di persone adulte con disabilità o non autosufficienti in contesti socializzanti (fuori dal domicilio)

Descrizione attività | **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Altro *(specificare)*

Descrizione attività | **Operatore coinvolto**

da non usare per presentazione cartacea

Costo unitario

☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome Contratto applicato	Titolo di studio	Monte ore	Qualifica

☐ **2. Interventi di sollievo caregiver familiari**

☐ Prestazione socio-assistenziale/tutelare a domicilio

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Ricovero temporaneo in struttura residenziale

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Intervento socio educativo/educativo a favore della persona con disabilità/non autosufficiente in contesti socializzanti (fuori dal domicilio) anche tramite sviluppo di progettualità finalizzate al "sollievo"

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

da non usare per presentazione cartacea

☐ Percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Interventi di formazione/addestramento per rinforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del proprio familiare con disabilità/non autosufficiente

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Altro *(Specificare)*

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome Contratto applicato	Titolo di studio	Monte ore	Qualifica

☐ **3. Interventi/Servizi a sostegno di progetti "Dopo di Noi"**

☐ Voucher Autonomia

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

da non usare per presentazione cartacea

Costo unitario

☐ Voucher "Durante noi"

Descrizione attività | Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Sostegno residenzialità

Descrizione attività | Operatore coinvolto

Costo unitario

☐ Gruppi appartamento - Co-housing - Comunità Alloggio sociali

Denominazione residenza abitativa | Indirizzo | Support manager

Data inizio

☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome Contratto applicato	Titolo di studio	Monte ore	Qualifica

☐ **4. Interventi/Servizi a sostegno di progetti di vita indipendete e inclusione sociale**

☐ Abitare in autonomia

da non usare per presentazione cartacea

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Inclusione sociale e relazionale

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Trasporto sociale

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Domotica

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Azioni di sistema

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ Altro *(Specificare)*

Descrizione attività **Operatore coinvolto**

Costo unitario

☐ il numero totale del personale operante alla data di presentazione della domanda di iscrizione all'Albo per l'intervento/servizio è:

Cognome e Nome	Titolo di studio	Monte ore	Qualifica
Contratto applicato			

da non usare per presentazione cartacea

da non usare per presentazione cartacea

Luogo	Data	Il dichiarante
Bergamo		