

Allegato Spese:

Il/La Sottoscritto/a Cognome e Nome _____
dichiara di sostenere e/o di prevedere, per la cura e l'assistenza, le spese come di seguito indicate:

affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di igiene e cura della persona non autosufficiente (anche con assistente personale) per un importo presunto di € _____;

affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di pulizia della casa (anche con assistente personale) per un importo presunto di € _____;

affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di lavaggio e cambio della biancheria della persona non autosufficiente (anche con assistente personale) per un importo di circa € _____;

affiancamento o sostituzione del caregiver nella preparazione dei pasti della persona non autosufficiente (anche con assistente personale) per un importo di circa € _____;

affiancamento o sostituzione del caregiver nello svolgimento delle normali attività quotidiane della persona non autosufficiente (anche con assistente personale) per un importo di circa € _____;

affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali (anche con assistente personale) per un importo di circa € _____;

prestazioni socioeducative e di sostegno alle funzioni genitoriali (solo per minori), erogate da educatori professionali o psicologi (per non più del 50% del valore dell'Assegno) per un importo di circa € _____;

acquisto di ausili e presidi non a carico del SSN per un importo di circa € _____;

trasporto sociale verso diverse destinazioni, volte a favorire la piena partecipazione delle persone non autosufficienti alla vita sociale, formativa e lavorativa (escluso trasporto scolastico), o per facilitare l'accesso alle strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie, ai centri diurni integrati e alla rete di servizi socio-ricreativi ed aggregativi per un importo di circa € _____;

altre tipologie di spesa riferite a servizi coerenti e compatibili con i bisogni assistenziali del beneficiario: per un importo di circa € _____,

Luogo e data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003 e ss. mod.)

Luogo e data _____

Firma _____