

**Allegato n. 4 Piano di Spesa**



Avviso: **“Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società”**

Progetto: MUGELLO INDIPENDENTE -M.IND

Codice Progetto: ID 312725 CUP I69G24000110006

Nome e cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Se nominato, nome e cognome del rappresentante legale	
Obiettivo del progetto di Vita Indipendente	
Durata del progetto di Vita Indipendente (indicare numero mesi)	

**PIANO DI SPESA**

<b>Tipologia di servizio</b>	<b>Importo mensile assegnato</b>	<b>Documentazione di supporto</b> (indicare la documentazione come da art. 12 dell'avviso dell'ambito territoriale)
<b>1. Spese di personale</b>		
a) Assistente personale		
b) Fisioterapista		
<b>2. Spese di trasporto</b>		
a) Trasporto pubblico		
b) Trasporto privato sociale		
<b>3. Spese di iscrizione ad attività sportive</b>		

<b>A) Importo mensile totale assegnato</b>	<b>B) Durata del piano di spesa</b> (indicare numero mesi)	<b>C) Importo totale assegnato del piano di spesa</b> (C=AxB)

**L'importo assegnato (A e C) rappresenta il contributo massimo erogabile. Il contributo è erogato sulla base della rendicontazione mensile.**

**Il contributo assegnato s'intende consolidato fino alla conclusione del progetto, anche al modificarsi della condizione socioeconomica della persona con disabilità.**

La persona con disabilità (o suo rappresentante legale, se nominato), con la sottoscrizione del presente piano di spesa,

**SI IMPEGNA A**

- a. utilizzare il contributo economico per gli obiettivi e i servizi del progetto di Vita Indipendente approvato;
- b. comunicare preventivamente alla Società della Salute del Mugello distretto di riferimento eventuali variazioni del Piano di Spesa ai fini delle necessarie valutazioni;
- c. presentare la rendicontazione delle spese sostenute secondo le modalità e la periodicità stabilite dalla Società della Salute del Mugello;
- d. consentire al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente approvato;
- e. rispettare ogni altra disposizione prevista dall'Avviso pubblicato dalla Società della Salute del Mugello il 14.10.2024.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del Destinatario  
(o suo rappresentante legale, se nominato)

Firma del Soggetto  
beneficiario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VARIAZIONE** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_ (destinatario),  
sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Rimodulazione dell'articolazione del contributo sulle diverse tipologie di spese ammissibili

<b>Tipologia di servizio</b>	<b>Importo mensile assegnato</b>	<b>Documentazione di supporto</b> (indicare la documentazione come da art. 12 dell'avviso dell'ambito territoriale)
<b>1. Spese di personale</b>		
a) Assistente personale		
b) Fisioterapista		
<b>2. Spese di trasporto</b>		
a) Trasporto pubblico		
b) Trasporto privato sociale		
<b>3. Spese di iscrizione ad attività sportive</b>		

<b>A) Importo mensile totale assegnato</b>	<b>B) Durata del piano di spesa</b> (indicare numero mesi)	<b>C) Importo totale assegnato del piano di spesa (C=AxB)</b>

Motivazione variazione al Piano di Spesa sottoscritto, richiesta dal destinatario

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma Destinatario**  
(o suo rappresentante legale, se nominato)

\_\_\_\_\_

**Firma Soggetto beneficiario**

\_\_\_\_\_