

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

**ALLEGATO C: "VOUCHER" NON CONSUMABILE
PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 – CIG: B35B0AE993**

(Compilazione a cura dell'Assistente Sociale dello Sportello HCP della Società della Salute Fiorentina Sud Est)

BENEFICIARIO DEL VOUCHER: _____

Io sottoscritto/a Assistente Sociale _____

recapito telefonico _____, e-mail _____;

Nel rispetto del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) sottoscritto per il beneficiario:

(Nome e Cognome) _____ nato/a a _____

(Prov. _____) il ____/____/____, C.F. _____

residente in _____ (Prov. _____), CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____;

DATA DI INIZIO DEL PAI: _____;

CODICE PRATICA IDENTIFICATIVO HCP: _____;

CERTIFICA L'ATTIVAZIONE

DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI INTEGRATIVE:

Si precisa che non verranno riconosciuti i costi di prestazioni integrative non indicate nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) del beneficiario e all'interno del presente "voucher", erogate dal fornitore in mancanza del consenso e dell'autorizzazione della Società della Salute Fiorentina Sud Est.

1. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Ore/quantità mensili: _____; Budget mensile: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

2. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Ore/quantità mensili: _____; Budget mensile: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

Allegato C

3. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Ore/quantità mensili: _____; Budget mensile: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

4. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Ore/quantità mensili: _____; Budget mensile: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

5. Tipologia di prestazione integrativa: _____;

Ore/quantità mensili: _____; Budget mensile: _____;

Fornitore scelto dal beneficiario: _____;

NB: Nel caso in cui il beneficiario non abbia fruito in tutto o in parte delle prestazioni integrative previste dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) per il mese di riferimento, le prestazioni integrative non fruita potranno essere recuperate entro i 6 mesi successivi, nel rispetto dell'articolo 22 del Bando HCP 2022 – "Ricevute mensili". Per ulteriori informazioni sul budget arretrato disponibile, si prega di contattare lo Sportello HCP all'indirizzo mail homecare.firenzesudest@uslcentro.toscana.it.

Luogo e data: _____

Firma dell'Assistente Sociale: _____