

Alla Direzione Regionale

INPS SARDEGNA

HOME CARE PREMIUM 2017**RICHIESTA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL PROGETTO HCP 2017**

Ente	
Denominazione	Comune di Carbonia
con sede in	Carbonia
provincia	Sud Sardegna
via	Piazza Roma n. 1
C.A.P.	09013
C.F./P.I.	1514170925
Referente da contattare	
Cognome e Nome	Mura Claudia
Tel.	0781/694468 0781/694459
E-mail	homecarepremium@comune.carbonia.ca.it
PEC	com.carbonia@pec.comcarbonia.org
Legale Rappresentante	
Cognome e Nome	Massidda Paola
data e luogo di nascita	Carbonia 29.08.1965
C.F.	MSSPLA65M69B745L

**MANIFESTA L'INTERESSE
AD ADERIRE AL PROGETTO HCP 2017**

Nella regione	SARDEGNA
---------------	----------

Segnala che è competente a svolgere la propria attività relativamente agli utenti residenti nei seguenti territori

Comune (*)	
C.A.P.	
Comune	Calasetta
C.A.P.	09011
Comune	Carbonia
C.A.P.	09013
Comune	Carloforte
C.A.P.	09014
Comune	Giba
C.A.P.	09010
Comune	Masainas
C.A.P.	09010
Comune	Narcao
C.A.P.	09010
Comune	Nuxis
C.A.P.	09010

Comune	Perdaxius
C.A.P.	09010
Comune	Piscinas
C.A.P.	09010
Comune	Portoscuso
C.A.P.	09010
Comune	San Giovanni Suergiu
C.A.P.	09010
Comune	Santadi
C.A.P.	09010
Comune	Sant'Anna Arresi
C.A.P.	09010
Comune	Sant'Antioco
C.A.P.	09017
Comune	Tratalias
C.A.P.	09010
Comune	Villaperuccio
C.A.P.	09010

(*) Per i Municipi sostituire con municipio

PROPONE DI EROGARE LE SEGUENTI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Descrizione prestazione integrativa	Erogazione		Tipo unità	Costo massimo unità
A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali	SI	NO	ora	€ 21,97
B) Altri servizi professionali domiciliari	SI	NO	ora	€ 26,49
C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	SI	NO	ora	€ 38,46
D) Sollievo	SI	NO	ora	€ 18,14
E) Trasferimento assistito	SI	NO	servizi	€ 35,00
F) Pasto	SI	NO	servizi	
G) Supporti	SI	NO		fino al raggiungimento del budget personale del beneficiario
H) Percorsi di integrazione scolastica	SI	NO	ora	€ 21,97
I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale	SI	NO	ora	
L) Servizi per minori affetti da autismo	SI	NO	ora	
M) Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili	SI	NO	ora	€ 30,00
N) Proposta di altri servizi (*)	SI	NO		

(*) Servizio proposto	(*) Illustrazione del servizio proposto
-----------------------	---

--	--

Il legale Rappresentante

(firma e timbro)

Luogo e data ,Carbonia, 7/04/2017

(Allegare copia di un documento d'identità in corso di validità)