**MOD.** **D SCHEDA 2 – INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ**

**Descrizione dell’intervento:**

**Obiettivi (dettagliare)**

**Soluzione residenziale** *(barrare e descrivere la tipologia di sostegno)*

* **Gruppo appartamento o Comunità alloggio “temporanea” con Ente gestore** (Voucher);
* **Gruppo appartamento** per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono (Contributo);
* **Cohousing/ Housing** (Buono)

 Breve descrizione della situazione abitativa:

**Provenienza dell’unità immobiliare destinata al gruppo appartamento:**

* Proprietà famiglia di persona disabile grave
* Proprietà persona disabile grave
* Proprietà di associazioni di familiari di persone disabili gravi
* Proprietà Ente Pubblico
* Proprietà di edilizia popolare
* Proprietà di ente privato no profit ONLUS
* Con contratto di affitto con Privato
* ….

**Denominazione della struttura e indirizzo:**

**Soggetto realizzatore/ente gestore:**

*(Se ente gestore specificare se Comunità alloggio Disabili, Comunità Socio Sanitaria, gruppo appartamento con autorizzazione funzionamento art.13, comma 1, lettera B, LR 3/2008 -UdO sperimentale, altra tipologia di ente gestore…)*

**Operatore referente/support manager:**

**Tempi del progetto:**

**Data presunta di avvio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Momenti di verifica:**

**BUDGET DI PROGETTO**

**Costo dell’intervento**

**Risorse disponibili – risorse attivabili – (pubbliche e private…), risorse richieste tramite finanziamento Dopo di Noi**

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

Firme,

Il beneficiario

Il Case Manager

Il Referente dell’ente erogatore

L’assistente sociale comunale

(referente Comunale o referente Ambito territoriale)

Il rappresentante dell’ASST

Il support manager dell’abitare

I componenti della famiglia (o chi garantisce protezione giuridica)