

Allegato

Alla Direzione Regionale	EMILIA ROMAGNA
--------------------------	----------------

HOME CARE PREMIUM 2017

RICHIESTA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL PROGETTO HCP 2017
--

Ente	
Denominazione	COMUNE DI REGGIO EMILIA
con sede in	REGGIO EMILIA
provincia	REGGIO EMILIA
via	P.ZZA PRAMPOLINI, 1
C.A.P.	42121
C.F./P.I.	00145920351
Referente da contattare	
Cognome e Nome	BORGHI RITA
Tel.	0522/456700
E-mail	rita.borghi@municipio.re.it
E-mail	distrettoeggloemiliaHCP@municipio.re.it
PEC	comune.reggioemilia@pec.municipio.re.it
Legale Rappresentante	
Cognome e Nome	ELENA DAVOLI
data e luogo di nascita	11/12/1957, REGGIO EMILIA
C.F.	DVLLNE57T51H223X

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

Nella regione	EMILIA ROMAGNA
---------------	----------------

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

Comune (*)	REGGIO EMILIA
C.A.P.	42121
Comune	REGGIO EMILIA
C.A.P.	42122
Comune	REGGIO EMILIA
C.A.P.	42123
Comune	REGGIO EMILIA
C.A.P.	42124

(*) Per i Municipi sostituire con municipio

PROPONE DI EROGARE LE SEGUENTI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Descrizione prestazione integrativa	Erogazione		Tipo unità	Costo minimo unità	Costo massimo unità
A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali	X SI	NO	ora	€ 24,80	€ 26,80
B) Altri servizi professionali domiciliari	X SI	NO	ora	Servizio con costo non quantificabile. A rimborso dietro presentazione di fattura o documento equivalente.	
C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	X SI	NO	ora	€ 68,31	€ 133,62
D) Sollievo	X SI	NO	giornata	€ 54,05	€ 71,35
			giornata	€ 100,25	€ 101,25
E) Trasferimento assistito	X SI	NO	servizi	€ 9,35	€ 16,83
F) Pasto	SI	X NO	servizi		

G) Supporti	X SI	NO		Servizio con costo non quantificabile. A rimborso dietro presentazione di fattura o documento equivalente	
H) Percorsi di integrazione scolastica	X SI	NO	ora	€ 26,00	€ 26,00
I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale	X SI	NO	giornata	€ 58,00	€ 58,00
L) Servizi per minori affetti da autismo	SI	X NO	ora		
M) Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili	X SI	NO	ora	Servizio con costo non quantificabile. A rimborso dietro presentazione di fattura o documento equivalente	
N) Proposta di altri servizi (*)	SI	X NO			
(*) Servizio proposto		(*) Illustrazione del servizio proposto			



Il legale Rappresentante

(firma e timbro)

Reggio Emilia, 07/04/2017

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