

## ALLEGATO B

### PROPOSTA DI PROGETTO

INTERVENTI ED INIZIATIVE DEDICATE ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO, DI CUI AL FONDO PER L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Associazione di Promozione Sociale/OdV/Fondazione del Terzo Settore \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### PRESENTA

- IN FORMA SINGOLA  
 CAOFILA PARTENARIATO

### DENOMINAZIONE PROGETTO

--

### Durata del progetto

(indicare la data a di inizio e fine progetto)

<b>Data inizio</b>	/ /
<b>Data fine</b>	/ /
<b>Fascia di età</b>	
<b>n. utenti ammissibili</b>	
<b>Tipologia diagnosi</b>	<input type="checkbox"/> Livello 1 – Alto funzionamento <input type="checkbox"/> Livello 2 – Intermedio funzionamento <input type="checkbox"/> Livello 3 – Basso funzionamento

### Costo del progetto e finanziamento richiesto:

(indicare, la quota di cofinanziamento a carico del/dei proponenti, specificando le quote a carico di ciascuno)

<b>Let. B percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai ventuno anni, anche tramite voucher e attività trasversali</b>	risorse destinate € _____;
--	----------------------------

## ALLEGATO B

lettera f) progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa e attività trasversali	risorse destinate € _____;
Totale costo progetto	€ _____
Contributo richiesto	€ _____

PIANO FINANZIARIO (Allegare dettaglio piano finanziario)*	
Coordinamento (max 10% costo personale)	Importi in €
Risorse umane per attuazione intervento	
Spese di viaggio personale dedicato alle attività e trasporto	
Spese di accompagnamento degli utenti alle attività progettuali	
Materiali, attrezzature, spese di gestione sedi ecc...(non superiore al 20% della spesa del progetto)	
Costo complessivo	
Cofinanziamento (5. MAX 10 PUNTI)	
Contributo richiesto	

### 1) TERRITORIO DI ATTUAZIONE DELLE ATTIVITÀ

(presentazione del territorio e del contesto in cui si inserisce l'intervento)

<p>Specificare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- area territoriale su cui insiste l'intervento progettuale;</li><li>- dati potenziali utenti con disturbi dello spettro autistico nell'area territoriale di riferimento;</li><li>- sintesi principali problematiche e bisogni rilevati;</li></ul> <p>Max. 300 parole</p>
<b>(1.CONTESTO SOCIALE MAX 10 PUNTI)</b>



## ALLEGATO B

<p>Max 1000 parole</p> <p><b>2. E MODALITA' DI MONITORAGGIO e VERIFICA</b></p> <p><i>Indicare le modalità di monitoraggio per ciascuno degli obiettivi indicati</i></p> <p>1-</p> <p>2-</p> <p>3-</p> <p>4-</p> <p><i>E le modalità di verifica dei risultati attesi</i></p>
--

(3. QUALITA' E COERENZA PROPOSTA MAX 30 PUNTI)

\*Replicare i campi secondo le necessità

CRONOPROGRAMMA (DURATA 12 mesi)												
Attività	Durata (mesi)											
Attività 1 (dettagliare ....)												
Attività 2 (dettagliare ....)												
Attività 3 (dettagliare ....)												
Attività 4 (dettagliare ....)												
Attività 5 (dettagliare ....)												
Attività 6 (dettagliare ....)												
Attività 7 (dettagliare ....)												
...												

PERSONALE			
<p><i>Indicare la presenza nel proprio organico del n. operatori per gli interventi con persone con DSA e n. di professionisti <u>supervisor</u> altamente qualificati</i></p> <p><b>ALLEGARE CURRICULA DEGLI OPERATORI CHE SI VOGLIONO UTILIZZARE PER IL PROGETTO PRESENTATO</b></p>			
NOME E COGNOME	RUOLO NEL PROGETTO	QUALIFICA / ESPERIENZA (max 330 caratteri)	PARTNER DI RIFERIMENTO PROGETTO

(2. ESPERIENZA TECNICO PROFESSIONALE INSIEME ALLA DICHIARAZIONE DEL'ESPERIENZA ALL.C MAX 30 PUNTI)

## ALLEGATO B

### INTEGRAZIONE DEL PROGETTO E PREMIALITA' PER FORME ASSOCIATE

*Indicare la eventuale integrazione del progetto con altri ETS partner con le altre iniziative, attività e servizi esistenti sul territorio al fine di valorizzare la rete dei servizi)*

(4. INTEGRAZIONE PROGETTO E PREMIALITA' PER FORME ASSOCIATIVE MAX 20 PUNTI)

### Complementarità delle azioni proposte con altri interventi e dispositivi attivi sul territorio:

.....

### Integrazione con la rete territoriale socio-assistenziale ed educativa:

*Descrivere come si integra la proposta progettuale con ad es. la rete regionale per il trattamento delle persone con ASD, Piano sociale di ambito distrettuale, interventi per il Dopo di Noi, altre progettualità per le persone con disabilità*

### Innovazione delle azioni progettuali rispetto ai servizi esistenti in termini di servizi proposti e modalità di diffusione

# ALLEGATO B

## PIANO FINANZIARIO \*(COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE)

CATEGORIE	VOCI DI COSTO	DETTAGLI IMPORTI			Dettaglio importo cofinanziamento
		n. ore dedicate al progetto	costo orario	TOT. in euro	
<b>A</b> <b>Coordinamento e supervisione</b>	Retribuzioni e oneri personale di coordinamento e di supervisione (max.10% del costo complessivo previsto per il personale) (specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro )				
<b>B</b> <b>Risorse umane per l'attuazione degli interventi (specificare qualifica professionale, n. di ore previste, costo orario, tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionale, ecc.)</b>	Retribuzioni e oneri personale dedicato alle attività progettuali)  - 1 (specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro) - 2 (specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro) - 3 (specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro) - 4 (specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro) - 5 (specificare professionalità e tipo di rapporto di lavoro) - .....	n. ore dedicate al progetto	costo orario	TOT. in euro	
	Spese di viaggio (trasferite e alloggio) per il personale dedicato alle attività (max 1% del costo progetto) (indicare solo le spese che presentano uno specifico nesso di causalità con la proposta progettuale)				
<b>C</b> <b>Spese trasporto utenti</b>	Spese per il trasporto e accompagnamento degli utenti alle attività progettuali				
<b>D</b> <b>Spese generali (max 5%)</b>	Spese per materiali e piccole attrezzature, software, per promozione di iniziative di aggregazione comunitaria, per gestione sede e spazi per attività (affitto e spese utenze) in quota non superiore al 20% della spesa complessiva				

## ALLEGATO B

	<i>(specificare tipologia di spesa e relativo costo)</i> - - -		
<b>Totale generale</b>			

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_