

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali  
 Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali  
 Via Fornovo, 8  
 00192 - Roma

**Oggetto: Proposta di adesione alla sperimentazione del Programma P.I.P.P.I.**

La/Il sottoscritta/o (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante legale della Regione \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_, Via/piazza \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_, nel presentare la proposta di adesione alla sperimentazione del suindicato modello di intervento,

**INDICA**

per l'implementazione del Programma, i seguenti ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328 (indicare un numero massimo di ambiti pari a quello previsto nella tabella di cui al punto 8 delle linee guida) con annessa richiesta di finanziamento (max euro 50.000 per ambito territoriale) e relativa quota di co-finanziamento (20% del totale complessivo per ambito)<sup>1</sup>

AMBITI TERRITORIALI	QUOTA FINANZIAMENTO MLPS	QUOTA CO-FINANZIAMENTO

**E INDICA, INOLTRE,**

quali ambiti territoriali eccedenti, ai sensi del citato punto 8 delle linee guida **(graduare in ordine di preferenza)**

ORDINE PREFERENZA	AMBITI TERRITORIALI	QUOTA FINANZIAMENTO MLPS	QUOTA CO-FINANZIAMENTO
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

<sup>1</sup> A titolo esemplificativo, nel caso di richiesta del contributo massimo – pari a € 50.000 – il co-finanziamento deve essere pari al 20% del totale, ovvero € 12.500. In altri termini, il co-finanziamento è pari ad un quarto del finanziamento richiesto.

**Formulario di ADESIONE ALLA SPERIMENTAZIONE P.I.P.P.I.****(da compilare per ciascun ambito territoriale per cui si richiede il finanziamento)****1. Anagrafica dell'ente proponente (per la Regione/Provincia Autonoma)**

Denominazione	
Sede legale	
Rappresentante legale	
Referente per l'implementazione del programma	
Telefono	
Fax	
e-mail	

**1b Informazioni sul referente amministrativo per l'implementazione del programma (per la Regione/Provincia Autonoma)**

Cognome e Nome	
Domicilio	
Telefono	
Cell.	
Fax	
e-mail	

**2a Anagrafica dell'Ambito territoriale<sup>2</sup> candidato**

Denominazione	
Comune capofila	
Sede legale	
Rappresentante legale	
Popolazione 0 – 11 residente ambito	
Comuni componenti l'ambito territoriale	
Referente per l'implementazione del programma	
Telefono	
Fax	
e-mail	

<sup>2</sup> di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328

2b Ufficio di piano (se presente)

Denominazione	
Sede legale	
Rappresentante legale	
Referente per l'implementazione del programma	
Telefono	
Fax	
e-mail	

2c Informazioni sul responsabile e coordinatore dell'implementazione del programma (per l'ambito territoriale)

Cognome e Nome	
Domicilio	
Telefono	
Cell.	
Fax	
e-mail	

**Si dichiara il possesso dei seguenti requisiti** (barrare con una X):

Presenza di servizi titolari della funzione di protezione e cura nei confronti dei bambini e dei ragazzi <input type="checkbox"/>
Descrivere brevemente:
Presenza di servizi che dispongono di un modello di presa in carico delle famiglie che preveda la documentazione e la progettazione personalizzata <input type="checkbox"/>
Descrivere brevemente:
Presenza di servizi che dispongono di un nucleo interdisciplinare di professionisti (almeno: assistente sociale, psicologo e educatore professionale) sufficientemente stabile (vengono garantite le sostituzioni in caso di assenze prolungate) <input type="checkbox"/>
Descrivere brevemente:
Presenza di servizi in condizione di garantire l'attivazione dei dispositivi previsti dal programma, in particolare l'educativa domiciliare, i gruppi per genitori e bambini, le famiglie d'appoggio, la collaborazione stabile con la scuola e i servizi sanitari <input type="checkbox"/>

Descrivere brevemente:

Presenza di adeguate dotazioni e tecnologie informatiche, quali la disponibilità di un numero sufficiente di postazioni collegate ad internet (almeno uno ogni 2 professionisti del nucleo interdisciplinare)

Descrivere brevemente:

Presenza di servizi in condizione di individuare almeno una figura di assistente sociale esperto (o altra figura professionale stabile) per lo svolgimento della funzione di coach per gli operatori partecipanti al programma

Descrivere brevemente:

P.I.P.P.I  
Ipotesi costi per intervento diretto operatori

Numero mesi effettivi di intervento diretto con le famiglie: da maggio 2014 a maggio 2015 (13 mesi)  
Numero settimane: 52  
Numero minori per ambito: 10

<b>Gruppi genitori/bambini</b>	
Totale incontri	Costo totale ipotizzato
4 moduli da 5 incontri l'uno per un totale di 20 incontri	3000

<b>Educativa domiciliare</b>	
Ore totali	Costo totale ipotizzato
2080	52000

<b>Progettazione e/o attività di équipe con la scuola</b>	
Ore totali	Costo totale ipotizzato
300	7500

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante