

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 di inizio e fine progetto)

Data inizio	/ /
Data fine	/ /
Fascia di età	
n. utenti ammissibili	
Tipologia diagnosi	<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)

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	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">- area territoriale su cui insiste l'intervento progettuale;- dati potenziali utenti con disturbi dello spettro autistico nell'area territoriale di riferimento;- sintesi principali problematiche e bisogni rilevati; <p>Max. 300 parole</p>
(1.CONTESTO SOCIALE MAX 10 PUNTI)

ALLEGATO B

Max 1000 parole

2. E MODALITA' DI MONITORAGGIO e VERIFICA

Indicare le modalità di monitoraggio per ciascuno degli obiettivi indicati

1-
2-
3-
4-

E le modalità di verifica dei risultati attesi

(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

Indicare la presenza nel proprio organico del n. operatori per gli interventi con persone con DSA e n. di professionisti supervisor altamente qualificati

ALLEGARE CURRICULA DEGLI OPERATORI CHE SI VOGLIONO UTILIZZARE PER IL PROGETTO PRESENTATO

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

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

Data, _____

Firma
