**Allegato 2**

**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

**dginclusione.div3@pec.lavoro.gov.it**

**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 o città riservatarie ai sensi dell’art. 1 della legge 28 agosto 1997 n. 285 (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)[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AMBITI TERRITORIALI**barrare B per livello base e A per livello avanzato** | QUOTA FINANZIAMENTO MLPS | QUOTA CO-FINANZIAMENTO |
|  | **B** | **A** |  |  |
|  | **B** | **A** |  |  |
|  | **B** | **A** |  |  |
|  | **B** | **A** |  |  |
|  | **B** | **A** |  |  |
|  | **B** | **A** |  |  |
|  | **B** | **A** |  |  |

**E INDICA, INOLTRE,**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ORDINE PREFE-RENZA | AMBITI TERRITORIALI**barrare B per livello base e A per livello avanzato** | QUOTA FINANZIAMENTO MLPS | QUOTA CO-FINANZIAMENTO |
| 1) |  | **B** | **A** |  |  |
| 2) |  | **B** | **A** |  |  |
| 3) |  | **B** | **A** |  |  |
| 4) |  | **B** | **A** |  |  |
| 5) |  | **B** | **A** |  |  |
| 6) |  | **B** | **A** |  |  |
| 7) |  | **B** | **A** |  |  |
| 8) |  | **B** | **A** |  |  |

 Firma del Legale Rappresentante

(firmato digitalmente ai sensi del d. lgs. 159/06)

# 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[[2]](#footnote-2) 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 |  |

### 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 |  |

|  |
| --- |
| **L’ambito territoriale intende aderire** (barrare con una X)**al livello BASE** □**al livello AVANZATO** □Si ricorda che partecipano al **livello base** gli ambiti territoriali (AT) sociali che non hanno mai partecipato alle precedenti sperimentazioni del Programma o che comunque intendono realizzare l’implementazione al livello Base. Possono partecipare al **livello avanzato** gli ambiti territoriali (AT) sociali che hanno partecipato ad almeno 1 delle precedenti sperimentazioni del Programma. |

**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 □ |
| 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: |
| Presenza di servizi che dispongono di un modello di presa in carico delle famiglie che preveda la documentazione e la progettazione personalizzata □ |
| 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) □ |
| Descrivere brevemente: |
| Presenza di servizi di educativa domiciliare □ |
| Descrivere brevemente: |
| Presenza di servizi che consentano l’attivazione dei dispositivi ulteriori previsti dal Programma quali i gruppi per genitori e bambini, le famiglie d’appoggio, la collaborazione stabile con la scuola e i servizi sanitari □ |
| 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: |

P.I.P.P.I

Ipotesi costi per intervento diretto operatori

|  |
| --- |
| **Gruppi genitori/bambini[[3]](#footnote-3)** |
| Totale incontri | Costo totale ipotizzato |
| 4 moduli da 5 incontri l’uno per un totale di 20 incontri | 5000 |

|  |
| --- |
| **Educativa domiciliare[[4]](#footnote-4)** |
| Ore totali | Costo totale ipotizzato |
| 2080 | 50000 |

|  |
| --- |
| **Progettazione e/o attività di équipe con la scuola** |
| Ore totali | Costo totale ipotizzato |
| 300 | 7500 |

Totale 62.500[[5]](#footnote-5)

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. di cui all’articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328 o città riservatarie ai sensi dell’art. 1 della legge 28 agosto 1997 n. 285 [↑](#footnote-ref-2)
3. Voce di costo comprensiva delle attività di conduzione di gruppi bambini/genitori, momenti formativi a livello locale o nazionale, sostegno psicologico – psicoterapeutico alle famiglie target, etc…) [↑](#footnote-ref-3)
4. Voce di costo comprensiva delle attività di supervisione, partecipazione a riunioni di equipe e attività di coordinamento) [↑](#footnote-ref-4)
5. È ammissibile l’indicazione dei costi indiretti nel limite del 7% dell’importo generale (ovvero 4.375 €). [↑](#footnote-ref-5)