

**DOMANDA DI CONTRIBUTO RELATIVA ALLA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE
ISCRITTE NEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE E I SERVIZI
DELL'ASILO**

Codice di Progetto: PROG-

AL MINISTERO DELL'INTERNO

Dipartimento per le Libertà Civili e Immigrazione

Il/la sottoscritto/a	
Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Nato/a a:	
Provincia:	
Il:	
In qualità di:	☐ Legale rappresentante ☐ Soggetto delegato con potere di firma per l'Ente locale
Dell'Ente locale:	
Sede in Via/p.zza, n. civico:	
Cap:	
Città:	
Regione:	
Provincia	
Numero abitanti (dati ultimo censimento):	

anche a nome dei seguenti Enti locali associati al progetto:

Nome	Numero abitanti

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 2 del DM 18.11.2019, il finanziamento del seguente progetto con relativa ammissione alla ripartizione del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo

1 – DATI RIEPILOGATIVI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

1.1 - Indicare la tipologia di accoglienza prevista:

☐ Accoglienza in favore di persone disabili e/o con disagio mentale o psicologico e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata

1.2 - Numero dei posti per i quali si richiede il contributo:

1.3 – Indicare la tipologia di soggetti destinatari e il numero dei posti

☐ Persone singole di sesso maschile
Numero di posti

☐ Persone singole di sesso femminile
Numero di posti

☐ Nuclei familiari
Numero di posti

☐ Nuclei familiari monoparentali
Numero di posti

1.4 – Indicare la tipologia e il numero di beneficiari in favore dei quali l'Ente Locale proponente può attivare le attività e i servizi specifici di presa in carico

☐ Persone con disagio mentale/psicologico
Numero di posti

☐ Persone con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata
Numero di posti

1.5 – Descrivere la rete territoriale dei servizi socio-sanitari a cui il progetto può fare riferimento, indicando i principali servizi specialistici accessibili (es. DSM, SERD, servizi per la disabilità, area materno-infantile, specialistica ambulatoriale e ospedaliera, pronto soccorso, assistenza domiciliare)

Descrizione:

Risultati attesi

1.6 - Costo totale annuale del progetto

1.7 - Costo giornaliero a persona:
(pro-die pro-capite: rapporto fra costo totale annuale del progetto e numero dei posti per cui si chiede il contributo, diviso per 365 giorni)

2- SERVIZI GARANTITI

Per ciascun servizio dovranno essere descritte le modalità operative di erogazione, ponendo particolare attenzione alle specificità e alle vulnerabilità dei beneficiari accolti. La descrizione dovrà evidenziare gli aspetti qualificanti del servizio e le strategie adottate per garantire una presa in carico personalizzata.

2.1 - Servizio di Accoglienza materiale:

Descrivere le modalità di erogazione:

Risultati Attesi:

Costo annuale del servizio

Voci di budget relative al servizio, come da PFP:

2.2 - Servizio di Mediazione linguistica-culturale:

Descrivere le modalità di erogazione:

Risultati Attesi:

Costo annuale del servizio

Voci di budget relative al servizio, come da PFP:

2.3 - Servizio di Insegnamento della lingua italiana:

Descrivere le modalità di erogazione:

Risultati Attesi:

Costo annuale del servizio

Voci di budget relative al servizio, come da PFP:

2.4 - Servizio di Orientamento e accesso ai servizi del territorio:

Descrivere le modalità di erogazione:

Risultati Attesi:

Costo annuale del servizio

Voci di budget relative al servizio, come da PFP:

2.5 - Servizio di Formazione e riqualificazione professionale:

Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati Attesi:	
Costo annuale del servizio	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	
2.6 - Servizio di Orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo:	
Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati Attesi:	
Costo annuale del servizio	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	
2.7 - Servizio di Orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo:	
Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati Attesi:	
Costo annuale del servizio	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	
2.8 - Servizio di Orientamento e accompagnamento all'inserimento sociale:	
Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati Attesi:	
Costo annuale del servizio	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	
2.9 - Servizio di Orientamento e accompagnamento legale:	
Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati Attesi:	
Costo annuale del servizio	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	
2.10 - Servizio di Tutela psico-socio-sanitaria. Descrivere la strutturazione del servizio, finalizzato a garantire la tutela e il supporto psico-socio-sanitario delle	

persone accolte con particolare riferimento all'individuazione dei bisogni, all'orientamento e accompagnamento ai servizi, alla continuità degli interventi

Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati Attesi:	
Costo annuale del servizio	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	

2.A – ATTIVITÀ E SERVIZI SPECIFICI

2.A.1 – Descrivere gli eventuali protocolli, accordi o altre forme di collaborazione con l'ASL e i servizi specialistici territoriali (es. DSM, SERD, servizi per la disabilità), specificandone finalità e modalità operative con riferimento all'eventuale esistenza di équipe integrate, procedure codificate di raccordo, segnalazione e strumenti di monitoraggio degli interventi

Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati attesi:	
Costo annuale del servizio:	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	

2.A.2 – Descrivere eventuali protocolli, accordi o altre forme di collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ASL territorialmente competente, finalizzati alla segnalazione, valutazione e inserimento dei beneficiari in strutture residenziali, specificandone modalità operative e ambiti di intervento

Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati attesi:	
Costo annuale del servizio:	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	

2.A.3 – Descrivere programmi di supporto cura e riabilitazione concordati con la struttura sanitaria preposta nel caso di accoglienza di beneficiari disabili e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata

Descrivere le modalità di erogazione:	
Risultati attesi:	
Costo annuale del servizio:	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	

3- RAPPRESENTAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE DI RIFERIMENTO

Descrivere la rete includendo anche servizi specifici quali TSMREE – P.I.P.S.M.; Associazioni, ONG e centri specialistici per migranti forzati con disagio mentale e sopravvissuti a torture e violenze estreme; Aziende/Cooperative di tipo B, CPIA, CPI, Prefettura, Questura, Associazioni sportive, etc.

Nome ente/ufficio	Attività/Servizio	Modalità di collaborazione

Complementarietà con altri progetti/interventi presenti sul territorio e contestualizzazione delle attività e servizi SAI nel sistema di welfare locale (Descrivere la complementarietà della presente proposta progettuale con altri progetti attuati o da attuare a valere su differenti fonti di finanziamento o in modo non oneroso; in particolare, nel caso in cui l'ente locale sia beneficiario di fondi comunitari, fondi regionali o di altri fondi straordinari, indicare le strategie messe in atto dall'ente per rendere complementari e sinergici gli interventi finanziati con tali fondi e le risorse destinate al SAI)

4 – ORGANIZZAZIONE, GESTIONE, MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ

4.1 - Numero totale del personale caricato sul Piano Finanziario Preventivo del progetto:

4.2 - Equipe multidisciplinare: Con riguardo alla composizione dell'équipe si dovrà tenere conto delle specificità e delle vulnerabilità dei beneficiari accolti

Nome:	
Ente:	
Fascia:	
Ore/Settimana	
Ore/mese	
Qualifica professionale e/o abilitazione	
Ruolo nell'équipe	
Costo annuale	
Voce di Piano Finanziario Preventivo	

4.3 - Consulenze:

Nome:	
Ente:	
Ore/annue	

Qualifica professionale e/o abilitazione	
Costo annuale	
Voce di Piano Finanziario Preventivo	

4.4 - Modalità e procedure di coordinamento dell'ente locale (ivi incluso il raccordo con l'ente attuatore):

4.5 - Modalità e procedure di monitoraggio e controllo delle attività di progetto da parte dell'ente locale:

4.6 - Modalità di organizzazione del lavoro e di gestione dell'équipe multidisciplinare:

4.7 – Modalità di aggiornamento e formazione del personale coinvolto

Descrizione:	
Costo annuale:	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	

4.8 - Modalità attraverso le quali viene svolta l'attività di supervisione esterna psicologica dell'équipe:

Descrizione:	
Risultati attesi:	
Costo annuale:	
Voci di budget relative al servizio, come da PFP:	

DICHIARA, IN CASO DI FINANZIAMENTO:

- Che le attività progettuali:

☐ Non saranno affidate a enti attuatori.

☐ Saranno affidate a enti attuatori selezionati attraverso procedure espletate nel rispetto della normativa vigente, nazionale e/o regionale, di settore e sulla base del possesso dei requisiti così come previsto dall'art.10 delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019; l'avvio della procedura a evidenza pubblica per la selezione dell'ente attuatore sarà comunicata entro 60

giorni dalla data di pubblicazione del decreto di ammissione al finanziamento (articolo 10 co. 3 delle Linee Guida sopracitate).

- Che ogni variazione del/degli ente/i attuatore/i verrà tempestivamente comunicata mediante piattaforma FNASILO o con le altre modalità che verranno indicate.
- Che per l'accoglienza dei beneficiari verranno utilizzate strutture in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 delle linee guida allegate al DM 18.11.2019 e in conformità con quanto previsto dall'art. 11 delle medesime linee guida; le strutture verranno indicate al Ministero dell'Interno con le modalità di cui al capo IV delle già citate linee guida;
- Di impegnarsi, in caso di finanziamento del progetto, al rispetto delle disposizioni contenute nel DM 18.11.2019 e nelle Linee guida ad esso allegate.

INDICA, INFINE

Dati del responsabile del progetto presso l'ente locale ai sensi dell'art.33 delle linee guida allegate al dm 18.11.2019	
Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Nato/a a:	
Provincia:	
Data di nascita: (gg/mm/aaaa)	
Incarico ricoperto:	
Telefono:	
Email:	
PEC:	
Dati del referente operativo per la proposta progettuale presso l'ente locale	
Cognome:	
Nome:	
Telefono:	
Email:	
PEC:	

Estremi del c/c dell'ente richiedente sul quale accreditare gli importi in caso di eventuale finanziamento
☐ Codice di tesoreria: Numero di conto di tesoreria:
In caso di enti non tenuti a disporre del conto di Tesoreria Unico, indicare gli estremi normativi che non lo rendono obbligatorio nonché un conto corrente bancario infruttifero
☐ Estremi conto corrente bancario infruttifero: Estremi normativi

Fanno parte integrante della presente domanda i seguenti allegati:

- Piano Finanziario Preventivo con previsione annuale, valevole per ognuna delle annualità di finanziamento;
- Atto/i attestante/i l'associazione di altri Enti locali (eventuali);
- Atto attestante la delega del firmatario (eventuale);
- nonché ogni altro documento che si produce e che si chiede di acquisire con la presente domanda.