**ALLEGATO C**

**SCHEMA DEI COSTI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PON INCLUSIONE** | | **TOTALE FINANZIABILE A VALERE SUL PON INCLUSIONE**  **(massimale)** | **COFINANZIAMENTO** | **TOTALE PREVISIONE COSTI** |
|  | **Attività di Accoglienza e Accompagnamento** |  |  |  |
|  | **Funzione tutoraggio** |  |  |  |
| Voce di spesa: personale: (indicare figure) |  |  |  |
| Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **Voucher strutture recettive** |  |  |  |
| Voce di spesa: voucher: (indicare importo unitario) |  |  |  |
| Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **Fondo affitti** |  |  |  |
| Voce di spesa: (indicare tipologia) |  |  |  |
| Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **Eventuale mobilio** |  |  |  |
| Voce di spesa: (indicare tipologia) |  |  |  |
| Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
| **TOTALE COMPLESSIVO PON** | **€** |  |  |
| **PO I FEAD** | | **TOTALE FINANZIABILE A VALERE SUL PO I FEAD**  **(massimale)** | **COFINANZIAMENTO** | **TOTALE PREVISIONE COSTI** |
| **1.** | **Beni di prima necessità** |  |  |  |
| 1.1 | Indumenti (cappotti, calzature ecc.) |  |  |  |
| 1.2 | Prodotti per l’igiene personale (kit per pronto soccorso, saponi, spazzolini da denti, rasoi monouso ecc.) |  |  |  |
| 1.3 | Kit d’emergenza (sacchi a pelo, coperte, ecc.) |  |  |  |
|  | **SUB TOTALE** |  |  |  |
| **2** | **Altri beni materiali** | **€** |  |  |
| 2.1 | Indumenti (cappotti, calzature ecc.) |  |  |  |
| 2.2 | Prodotti per l’igiene personale (kit per pronto soccorso, saponi, spazzolini da denti, rasoi monouso ecc.) |  |  |  |
| 2.3 | Attrezzature da cucina (padelle, pentole, posate, ecc.) |  |  |  |
| 2.4 | Altre dotazioni per alloggi di transizione (biancheria, asciugamani, lenzuola) |  |  |  |
| 2.5 | Strumenti a corredo di attività formative |  |  |  |
|  | **SUB TOTALE** |  |  |  |
| **3** | **Spese amministrative, di trasporto, immagazzinaggio sostenute dalle organizzazioni partner** |  |  |  |
|  | Voce di spesa: (indicare tipologia) |  |  |  |
|  | Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **SUB TOTALE** |  |  |  |
| **4** | **Spese per misure di accompagnamento svolte dalle organizzazioni partner che forniscono direttamente o indirettamente assistenza materiale di base** |  |  |  |
|  | Voce di spesa: (indicare tipologia) |  |  |  |
|  | Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **SUB TOTALE** | **€** |  |  |
|  | ***TOTALE COMPLESSIVO PO I FEAD*** | ***€*** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fondo Lotta alla Povertà –HOUSING FIRST** | | **TOTALE FINANZIABILE A VALERE sull’Intervento HOUSING FIRST**  **(massimale)** | **COFINANZIAMENTO** | **TOTALE PREVISIONE COSTI** |
|  | **Allestimento e Gestione Alloggi Housing First** |  |  |  |
|  | **Misure di accompagnamento** |  |  |  |
| Voce di spesa: personale: (indicare figure) |  |  |  |
| Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **Spese di Gestione delle unità abitative** |  |  |  |
| Voce di spesa: (indicare importo unitario) |  |  |  |
| Voce di spesa: altro da dettagliare (aggiungere righe se necessario) |  |  |  |
|  | **Spese per alloggi** |  |  |  |
| Voce di spesa: acquisti (indicare tipologia) |  |  |  |
| Voce di spesa: (allestimento, utenze) |  |  |  |
|  | **TOTALE COMPLESSIVO HOUSING FIRST** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TOTALE PROGETTO “POVERTA’ Accogliere e Accompagnare”** | **€** |  |  |

**FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE**