



**Allegato A all'Avviso di Manifestazione d'Interesse**

**DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI PERSONE AL DOMICILIO IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' AI SENSI DELLE DD.GG.RR. N. XI/2720 DEL 23/12/2019 E N. XI/2862 DEL 18/02/2020 E N.XI/3055 DEL 15/04/2020**

(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata all'Ente richiedente)

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore denominato

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
con **sede legale** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con **sede operativa** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ :.. n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC (che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali  
relative all'avviso): \_\_\_\_\_

Indirizzo e nominativo del referente:

\_\_\_\_\_

**In qualità di (selezionare la voce di interesse)**

soggetto accreditato con il **Sistema Sociosanitario** Regionale presso l'ATS  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
(indicare la tipologia di UDO/Servizio) con **CUDES** \_\_\_\_\_

soggetto accreditato con il **Sistema Sociale** presso l'Ambito Territoriale di  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
(indicare la tipologia di UDO/Servizio) con **CUDES** \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l'accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014:
  - Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private;
  - Regolarità della continuità gestionale e finanziaria;
  - Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);
  - Assenza di stato di fallimento;
  - Assenza di liquidazione coatta;
  - Assenza di concordato preventivo;
  - Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo.
  - Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art.67, comma 2, del D.Lgs 6 settembre 2011, n°159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli.
  
- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici previsti dalle DDGR di riferimento
  
- dell'abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE)
  
- dell'accreditamento:** provvedimento n°..... del .....  
rilasciato da ..... (specificare)

## COMUNICA la propria disponibilità e interesse per l'anno 2020

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida)

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi delle DDGR n. XI/2720/2019 e ss.mm.ii, attraverso l'attivazione, limitatamente alle risorse disponibili, di voucher sociosanitari e presenta la propria candidatura per la realizzazione dei relativi progetti volti al miglioramento della qualità della vita di persone in condizione di disabilità gravissima, residenti nel territorio di ATS Brianza da almeno due anni e assistite al proprio domicilio, destinati a:



- Adulti/Anziani – voucher mensile di valore massimo 460,00 euro
- Minori – voucher mensile di valore massimo 600,00 euro
- Persone dipendenti da tecnologia assistiva – voucher mensile di valore massimo 1.650,00 euro (**attività prevista solo per Enti già erogatori di ADI**)

## DICHIARA ALTRESI'

### 1 – di essere disponibile ad attivare la/le seguente/i tipologia/e di interventi a favore di

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

<input type="checkbox"/> ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> MINORI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA
<p>- Interventi educativi o di altra figura professionale di sollievo per la famiglia o di supporto alle relazioni familiari anche al fine di attività di socializzazione/ inclusione sociale</p> <p>- Interventi tutelari (ASA/OSS) aggiuntivi e non sostitutivi di interventi di uguale natura già rese con altri servizi sociosanitari attivati (ADI e/o SAD) per il mantenimento del benessere psicofisico della persona</p> <p>- prestazioni infermieristiche/ OSS solo se integrative e non sostitutive di quelle di natura sociosanitaria assicurate dall'ADI</p>	<p>- Attività specifiche socializzanti/ ricreative/ludiche per promuovere l'inserimento/ inclusione sociale (es. accompagnamento del minore fuori casa, attività di gioco, ecc.)</p> <p>- interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari (es. interventi educativi o di altra figura professionale per attività di socializzazione/ sollievo/ supporto al caregiver, rafforzamento rapporti familiari, ecc.)</p> <p>- Interventi tutelari (ASA/OSS) aggiuntivi e non sostitutivi di interventi di uguale natura già rese con altri servizi sociosanitari attivati (ADI e/o SAD)</p> <p>- Interventi educativi a complemento degli interventi di abilitazione e riabilitazione basati su principi comportamentali (es. TEACH, ABA, ecc.)</p> <p>- interventi di supporto socio educativo a complemento (non in sostituzione) di interventi già presenti di abilitazione e riabilitazione previsti dai LEA.</p>	<p>- Attività di assistenza tutelare per offrire al caregiver familiare pause di sollievo e supporto all'impegno di assistenza attraverso l'erogazione di prestazioni per un massimo di 20 ore/settimanali rese da personale formato che garantisce la continuità di presenza presso il domicilio della persona disabile</p>

**2 – di essere disponibile ad assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza nei territori afferenti ai seguenti Distretti:**

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

<input type="checkbox"/> <b>ADULTI/ANZIANI</b>	<input type="checkbox"/> <b>MINORI</b>	<input type="checkbox"/> <b>DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA</b>
<input type="checkbox"/> Lecco <input type="checkbox"/> Monza <input type="checkbox"/> Vimercate	<input type="checkbox"/> Lecco <input type="checkbox"/> Monza <input type="checkbox"/> Vimercate	<input type="checkbox"/> Lecco <input type="checkbox"/> Monza <input type="checkbox"/> Vimercate

**3 – di essere disponibile a svolgere gli interventi presso:**

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

<input type="checkbox"/> <b>ADULTI/ANZIANI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Domicilio del richiedente</li> <li>○ Struttura sociosanitaria o sociale accreditata (indicare quale) .....</li> <li>○ Altri contesti di vita (es. luoghi di aggregazione) (indicare quali).....</li> <li>.....</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>MINORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Domicilio del richiedente</li> <li>○ Struttura sociosanitaria o sociale accreditata (indicare quale) .....</li> <li>○ Altri contesti di vita (es. luoghi di aggregazione) (indicare quali).....</li> <li>.....</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Domicilio del richiedente</li> </ul>



**4 – di essere in possesso di esperienza specifica nell'ambito degli interventi di carattere sociosanitario o sociale per i quali si presenta la candidatura**, a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità e relative famiglie, **di almeno 2 anni**

**5 – di avvalersi**, nell'area in cui si presenta la candidatura, **delle figure professionali (psicologo, educatore, infermiere, ASA/OSS) in possesso di documentata esperienza/formazione specifica, almeno 2 anni, per la definizione e realizzazione dei progetti previsti con l'erogazione del voucher** a favore dei soggetti affetti da gravissime disabilità e relative famiglie,

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

**MINORI**

**DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA**

**ADULTI/ANZIANI**

**6 – che per ogni disabile gravissimo preso in carico, sulla base del Progetto Individuale** contenente gli obiettivi da realizzare rispetto al bisogno rilevato dalla Valutazione Multidimensionale, **redatto dall'equipe dell'ASST predisporrà un P.A.I.** contenente:

- la descrizione della tipologia e della frequenza /quantificazione degli interventi da sostenere con il Voucher mensile
- gli operatori e le professionalità che svolgeranno l'attività
- il luogo/luoghi di intervento
- i risultati attesi e raggiunti

Le prestazioni rese possono essere rendicontate solo se il P.I. le prevede e solo secondo le modalità indicate nello stesso

**7 – di essere disponibile a monitorare con l'equipe dell'ASST di riferimento l'andamento del progetto** e, d'intesa con la famiglia, a provvedere ad eventuali aggiornamenti necessari per il raggiungimento degli obiettivi individuati

**8 – di essere consapevole che gli interventi** previsti nei voucher sono di **durata di almeno un'ora** e possono essere rendicontati nel software di ATS solo ad ore e non a frazioni di ore

**9 – di essere a conoscenza che il progetto** definito per l'erogazione del Voucher mensile **si concluderà**, come previsto dalla DGR 2720/2019, **al massimo entro il 31 dicembre 2020**, salvo proroghe stabilite da Regione Lombardia con provvedimenti successivi



**10 – di aver preso atto delle condizioni riportate nell’Avviso di Manifestazione di Interesse** per la realizzazione di progetti attraverso l’erogazione dei Voucher Sociosanitari mensili previsti dalle DDGR n. XI/2720 del 23/12/2019, n. XI/2862 del 18/02/2020 e n. 3055/2020 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie

**11 – di voler ricevere tutte le comunicazioni relative all’Avviso di cui al precedente capoverso ai seguenti recapiti:**

Cognome Nome .....

Indirizzo PEC .....

Email .....

Recapito telefonico .....

**Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell’articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’articolo 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.**

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

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_