

Modulo A - Istanza di manifestazione d'interesse

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' DI CUI ALLE DD.GG.RR. N. XI/5791 DEL 21/12/2021 E N. XI/6003 DEL 21/02/2022

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

L'Ente Gestore
con sede legale nel comune diCAP.....prov.
in vian°

codice fiscale e o partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono.....posta PEC.....
nella persona di nato a il
residente nel Comune di.....in via.....n°.....

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 in qualità di Legale Rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale, della:

- struttura..... (indicare tipologia e denominazione)
ubicata nel Comune diCAP.....prov..... via.....n°.....
 - iscritta al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie - codice
 - iscritta all registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie - codice

- sperimentazione.....(indicare tipologia e denominazione)
ubicata nel Comune..... CAP.....prov..... via.....n°.....
approvata con DGR n°.....

Riferimenti del referente dell'Ente per la presente candidatura:
Nominativo.....
Cell.....E-mail.....

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l'accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e ss mm ii
- 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 2022

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi delle DDGR n. XI/5791/21 e n. XI/6003/22, attraverso l'attivazione, nei limiti delle risorse disponibili, di prestazioni/attività in voucher per la realizzazione di progetti volti al miglioramento della qualità della vita di persone in condizione di disabilità gravissima.

DICHIARA ALTRESI' DI IMPEGNARSI

- 1- al rispetto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse, prevista ai sensi delle DDGR n. XI/5791/21 e n. XI/6003/22, per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Sociosanitari a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie,
- 2- ad erogare la/e tipologia/e di voucher, indicati nella tabella sotto riportata, secondo le modalità e i requisiti di cui alle DDGR n. XI/5791/21 e n. XI/6003/22, indicando inoltre l'ASST-Ambiti territoriali di erogazione tenuto conto che nel caso del voucher Autismo dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento.

<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO MINORI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO RAFFORZAMENTO ADI A SCUOLA	<input type="checkbox"/> VOUCHER AUTISMO <small>(Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 5971/21 non residenti nel territorio afferente all'ATS Brianza)</small>
ASST-Ambiti territoriali	ASST-Ambiti territoriali	ASST-Ambiti territoriali	ASST-Ambiti territoriali	ASST-Ambiti territoriali
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....

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_____

Firma del Legale Rappresentante

ALLEGA:

- ▶ Copia del documento d'identità del Legale rappresentante in corso di validità.
- ▶ Documentazione comprovante i requisiti richiesti previsti al punto 1 dell'Avviso, in particolare per quanto riguarda il:

a) VOUCHER SOCIOSANITARIO

- Relazione sulla specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore.
- Elenco di tutte le figure professionali previste con relativi curriculum.

b) VOUCHER AUTISMO

- Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher Autismo verrà svolto all'interno della struttura in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura.
- Elenco delle figure professionali coinvolte con i relativi curriculum.
- Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.