

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE**  
**PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER ADULTI/MINORI E VOUCHER SOCIOSANITARI PER LA SPERIMENTAZIONE MENSILE PREVISTA DALLA DGR N. 1253/2019 A FAVORE DI PERSONE AL DOMICILIO IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' E DELLE LORO FAMIGLIE: modello istanza**

Spett. le  
ATS Brianza  
Viale Elvezia, 2  
Monza (MB)  
[protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)

**Il/La sottoscritto/a ....., in qualità di rappresentante legale del soggetto giuridico denominato .....**

**Codice fiscale .....**

**Partita Iva .....**

**Con sede legale sita in**

**Via.....**

**n.°..... c.a.p. .... Comune .....**

**Prov.....**

- Soggetto accreditato presso l'ATS ..... con il sistema socio sanitario per .....
- Soggetto accreditato presso il Comune/Ambito ..... con il sistema sociale per .....

**PRESENTA**

la propria candidatura per la realizzazione di progetti a favore di

- Adulti
- Minori
- Sperimentazione adulti/minori

(barrare una o più opzione in base alla tipologia di destinatari degli interventi che si intendono eseguire)

residenti nel territorio dell'ATS e in condizioni di gravissima disabilità, e volti al **miglioramento della qualità della vita a favore di adulti e/o minori e delle loro famiglie** secondo i criteri previsti dalla DGR n. 1253/2019.

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci,  
1. di poter attivare la/le seguente/i **Tipologia/e di interventi** (individuali e/o di gruppo) a favore di

<b>ADULTI</b>	<b>MINORI</b>	<b>SPERIMENTAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Attività specifiche socializzanti/ricreative</li> <li><input type="checkbox"/> Momenti di sollievo per la famiglia</li> <li><input type="checkbox"/> Interventi di supporto alle relazioni familiari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Attività specifiche socializzanti/ricreative/ludiche anche in setting stimolanti (ad es. i progetti: spazio gioco, Progetto Asilo, sabato di sollievo, ...)</li> <li><input type="checkbox"/> Accompagnamento educativo in contesti socializzanti (es. scuola ma non legato ad attività didattiche, gruppo di pari, piscina, ecc...)</li> <li><input type="checkbox"/> Interventi di supporto alle relazioni familiari</li> <li><input type="checkbox"/> Momenti di sollievo per la famiglia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Attività di assistenza tutelare per offrire al caregiver familiare supporto e pause di sollievo rispetto all'impegno di assistenza.</li> </ul>

2. Di essere disponibile ad assicurare le prestazioni previste dai progetti individuali di assistenza nei seguenti territori:

<b>ADULTI</b>	<b>MINORI</b>	<b>SPERIMENTAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO LECCO</li> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO MONZA</li> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO VIMERCATE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO LECCO</li> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO MONZA</li> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO VIMERCATE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO LECCO</li> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO MONZA</li> <li><input type="checkbox"/> DISTRETTO VIMERCATE</li> </ul>

3. Di poter svolgere gli interventi presso:

<b>ADULTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Domicilio del richiedente</li> <li><input type="checkbox"/> Struttura sociosanitaria o sociale accreditata, (indicare quali) .....</li> <li><input type="checkbox"/> Altri contesti (es. luoghi di aggregazione, setting specifici per tipologia...) (indicare quali) .....</li> </ul>
<b>MINORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Domicilio del richiedente</li> <li><input type="checkbox"/> Struttura sociosanitaria o sociale accreditata, (indicare quali) .....</li> <li><input type="checkbox"/> Altri contesti (es. luoghi di aggregazione, setting specifici per tipologia...) (indicare quali) .....</li> </ul>
<b>SPERIMENTAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Domicilio del richiedente</li> </ul>

4. Di essere in possesso di esperienza specifica nell'ambito di interventi di carattere sociosanitario o sociale, a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da gravissime disabilità e relative famiglie, di almeno tre anni negli ultimi cinque di attività;

5. Di avvalersi per la realizzazione dei progetti di operatori delle professionalità sotto elencate che documentino esperienza/formazione specifica, di almeno tre anni negli ultimi cinque, nell'ambito di interventi di carattere socio sanitario o sociale a favore di adulti/minori affetti da gravissime disabilità e relative famiglie:

<b>ADULTI</b>	<input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> ASA/OSS
<b>MINORI</b>	<input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> ASA/OSS
<b>SPERIMENTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> ASA <input type="checkbox"/> OSS

6. Che per ogni soggetto predisporrà un PAI coerente al progetto condiviso con ASST del Distretto di riferimento e la famiglia in cui viene indicato:

- dati anagrafici della persona
- la descrizione degli obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita dell'adulto/minore e del suo nucleo familiare rispetto al bisogno rilevato dalla valutazione multidimensionale effettuata dall'Equipe VM dell' ASST competente per il Distretto di riferimento;
- tempi di monitoraggio del PAI e valutazione esiti
- la descrizione della tipologia, frequenza, quantificazione degli interventi/prestazioni e luogo in cui si svolgeranno le attività /prestazioni da sostenere con il voucher mensile
- riferimenti e qualifica degli operatori che svolgeranno l'attività/prestazioni previste
- nome del referente del caso
- luogo/luoghi di intervento

7. Di individuare come riferimento per l'utenza e l'ASST del Distretto di riferimento

Servizio/operatore.....  
 Recapito mail .....  
 Recapito telefonico .....

8. di essere al corrente che il progetto definito per l'erogazione del voucher mensile ha durata fino al 31.12.2019, come indicato nel progetto redatto dall'ASST del Distretto di riferimento, salvo eventuali diverse indicazioni regionali;

9. di aver preso atto delle condizioni indicate nell'avviso di candidatura per la realizzazione di progetti attraverso l'attivazione di Voucher mensili previsti dalla DGR n. 1253/2019 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie;

10. di voler ricevere tutte le comunicazioni relative al presente avviso, ai seguenti recapiti:

Nome e cognome.....  
 Indirizzo mail .....  
 Recapito Telefonico .....  
 Indirizzo mail pec .....

**Luogo e data,**

**Firma del Legale Rappresentante**

*N. B. Allegare copia del documento d'identità del legale rappresentante.*