Modello Allegato A1

*(N.B.: compilare su carta intestata dell’Ente richiedente)*

All’ATS di Brescia

Ufficio Protocollo

V.le Duca degli Abruzzi,15

25124 - BRESCIA

[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse per l’erogazione di prestazioni sociosanitarie attraverso l’attivazione di voucher mensili a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie, in attuazione delle DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020 e del Decreto   
DG n. 167 del 18.03.2020.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell’Ente Gestore denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 n. XI/2862/2020, 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 e delle loro famiglie, destinati a:

* **persone adulte**, attraverso un voucher mensile del valore massimo di **Euro 460,00**
* **minori**, attraverso un voucher mensile del valore massimo di **Euro 600,00**
* **persone che presentano bisogni di particolare intensità,** del valore massimo di  
  **Euro 1.650,00**

A tal proposito, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**D I C H I A R A**

* **di essere in possesso dei seguenti requisiti:**
* di accreditamento: provvedimento n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_ (specificare per ogni Unità d’Offerta) rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e, pertanto, il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici di riferimento;
* di esperienza specifica nell’erogazione di interventi di carattere sociosanitario o sociale, a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da gravissime disabilità e delle loro famiglie (*di cui si allega relazione*);
* di esperienza/formazione specifica, degli operatori che saranno dedicati alla realizzazione del Progetto di Assistenza o Educativo Individualizzato (P.A.I./P.E.I.), nell’ambito di interventi di carattere sociosanitario o sociale a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da gravissima disabilità e delle loro famiglie (*di cui si allega relazione*)

**D I C H I A R A altresì**

* **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):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **ADULTI/ANZIANI** | * **MINORI** | * **DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA** |
| - 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  - 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  - Prestazioni infermieristiche/  OSS solo se integrative e non sostitutive di quelle di natura sociosanitaria assicurate dall’ADI | - Attività specifiche socializzanti/ ricreative/ludiche  per promuovere l’inserimento/ inclusione sociale (es. accompagnamento del minore fuori casa, attività di gioco, ecc.)  - 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.)  - Interventi tutelari (ASA/OSS) aggiuntivi e non sostitutivi di interventi di uguale natura già rese con altri servizi sociosanitari attivati (ADI e/o SAD)  - Interventi educativi a complemento degli interventi di abilitazione e riabilitazione basati su principi comportamentali (es.TEACH, ABA, ecc.)  - Interventi di supporto socio educativo a complemento (non in sostituzione) di interventi già presenti di abilitazione e riabilitazione previsti dai LEA | - Attività di assistenza tutelare per offrire al caregiver familiare pause di sollievo e supporto all’impegno di assistenza attraverso l’erogazione di prestazioni rese da personale formato che garantisce la continuità di presenza presso il domicilio della persona disabile |

* **di essere disponibile ad assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza nei seguenti territori:** *(barrare una o più opzioni sulla base degli ambiti per cui ci si candida):*

- ASST Spedali Civili di Brescia:

* ambito territoriale 1 – Brescia Collebeato
* ambito territoriale 2 – Brescia Ovest
* ambito territoriale 3 – Brescia Est
* ambito territoriale 4 – Valle Trompia

- ASST Franciacorta:

* ambito territoriale 5 – Sebino
* ambito territoriale 6 – Monte Orfano
* ambito territoriale 7 – Oglio Ovest
* ambito territoriale 8 – Bassa Bresciana Occidentale

- ASST Garda:

* ambito territoriale 9 – Bassa Bresciana Centrale
* ambito territoriale 10 – Bassa Bresciana Orientale
* ambito territoriale 11 – Garda
* ambito territoriale 12 – Valle Sabbia
* sull’intero territorio di competenza dell’ATS di Brescia;
* **di essere disponibile a svolgere gli interventi** attivati con voucher, parte integrante di un Progetto Individuale elaborato dalle equipe di Valutazione Multidimensionale delle ASST-Comune, condiviso con la famiglia e potranno essere realizzati al domicilio, sul territorio o presso la struttura accreditata per la/le seguente/i Unità d’Offerta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **di impegnarsi a**:
* elaborare il Piano di Assistenza o Educativo Individualizzato (P.A.I./P.E.I.), coerente con quanto indicato nel P.I., in cui vengano descritti: gli obiettivi, la durata, le figure professionali previste, la frequenza e la durata degli accessi, i luoghi delle attività e gli indicatori di risultato;
* rivolgere gli interventi alla tipologia d’utenza per la quale è contrattualizzato, garantendo idonea copertura assicurativa al personale impegnato secondo i setting di erogazione previsti nel P.A.I./P.E.I.;
* attuare gli interventi previsti dal P.A.I./P.E.I.;
* monitorare con l’équipe 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;
* rendicontare le prestazioni erogate secondo tempi e modalità definite dall’ATS, prendendo atto che gli interventi previsti nei voucher sono di durata di almeno un’ora e possono essere rendicontati nell’applicativo di ATS solo ad ore e non a frazioni di ore;
* **di essere a conoscenza che il progetto** definito per l’erogazione del Voucher mensile si concluderà, come previsto dalle DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020, **al massimo entro il 31 dicembre 2020**, salvo proroghe stabilite da Regione Lombardia con provvedimenti successivi;
* **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 DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie;
* **di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente manifestazione d’interesse ai seguenti recapiti:**

indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di individuare quale referente dei progetti voucher:**

Nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

Legale Rappresentante

In conformità alle disposizioni nazionali e comunitarie in materia di protezione dei dati personali si autorizza la competente amministrazione all’utilizzo e al trattamento dei dati riportati nella presente per tutte le procedure connesse alle finalità della manifestazione di interesse, di cui alla  
DGR n. XI/2862 del 18/02/2020.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

Legale Rappresentante

*Allegati:*

* copia del documento di identità del Legale Rappresentante in corso di validità
* relazione attestante il possesso dei requisiti di esperienza specifica nell’erogazione di interventi a favore di soggetti affetti da gravissima disabilità e di esperienza/formazione degli operatori dedicati alla realizzazione dei P.A.I/P.E.I.