

- 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)

dell'accreditamento C-DOM (ex ADI): provvedimento n°..... del rilasciato da (specificare)

**COMUNICA
la propria disponibilità e interesse per l'anno 2024**

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della normativa regionale, 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 della normativa regionale, per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher, 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 alla normativa regionale, indicando inoltre i Distretti (*) delle ASST di erogazione, tenuto conto che nel caso del Voucher ASD dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento.

<input type="checkbox"/> VOUCHER SS ADULTI/ANZIANI E VOUCHER SS ASD	<input type="checkbox"/> VOUCHER SS MINORI E VOUCHER SS ASD	<input type="checkbox"/> VOUCHER SS ALTO PROFILO	<input type="checkbox"/> VOUCHER ASD (Anche per i beneficiari non residenti nel territorio afferre all'ATS Brescia)
Distretto	Distretto	Distretto	Distretto
<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"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Distretti: Distretto di: Brescia, Brescia Est, Brescia Ovest, Valletrompia, Bassa Bresciana Centrale, Bassa Bresciana Orientale, Garda, Valle Sabbia, Bassa Bresciana Occidentale, Oglio Ovest, Sebino - Monte Orfano

Che in qualità di Ente erogatore C-DOM (**) si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola nei Distretti di:

.....
.....
.....

(**) per l'erogazione del Voucher Alto Profilo e per gli interventi di rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica, possono aderire esclusivamente le strutture accreditate e a contratto con ATS come Ente Erogatore C-DOM (ex ADI).

DICHIARA INFINE

che il volume indicativo di prestazioni mensili che l'Ente ritiene di poter erogare è:

- a. N° _____ voucher SS e SS ASD
- b. N° _____ voucher SS alto profilo
- c. N° _____ voucher ASD

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 nel caso di firma olografa.
- ▶ Documentazione comprovante i requisiti richiesti previsti al punto 1 dell' Avviso, in particolare per quanto riguarda il:
 - a) VOUCHER SOCIO SANITARI (SOCIO SANITARIO – SOCIO SANITARIO ASD – SOCIO SANITARIO ALTO PROFILO)**
 - Relazione sulla specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore;
 - Dichiarazione della presenza di figure professionali (con relativo elenco) specificamente formate e/o con esperienza nella gestione della disabilità gravissima unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.
 - Elenco figure professionali;
 - b) VOUCHER ASD**
 - Relazione sulla specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore;
 - Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher ASD 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; l'inserimento delle singole strutture nell'elenco degli erogatori dei Voucher Autismo è vincolato all'esito positivo della valutazione della suddetta relazione da parte di ATS;
 - Dichiarazione della presenza di figure professionali (con relativo elenco) specificamente formate e/o con esperienza nella gestione dell'autismo unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione
 - Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.