

- 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 DD.G.R. di riferimento

dell'abilitazione all'esercizio ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/S.C.I.A./D.I.A./C.P.E.).....

dell'accreditamento: provvedimento n°..... del rilasciato da (specificare)

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

**COMUNICA
la propria disponibilità e interesse per l'anno 2025**

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 anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e delle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e/o affette da autismo (lettera g).

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 persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e di persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato 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 A.S.D. 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"/>

<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 A.D.I. a scuola nei Distretti di:

.....

.....

.....

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

DICHIARA INFINE

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

- a. N° _____ voucher S.S. e S.S. A.S.D.
- b. N° _____ voucher S.S. alto profilo
- c. N° _____ voucher A.S.D.

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:
 - a) VOUCHER SOCIO SANITARI (SOCIO SANITARIO – SOCIO SANITARIO A.S.D. – 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 di persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e delle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e/o affette da autismo (lettera g) unitamente alla messa a disposizione della ATS dei C.V. dei professionisti per successivi controlli a campione.
 - Elenco figure professionali;
 - b) VOUCHER A.S.D.**
 - 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 A.S.D. 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 C.V. dei professionisti per successivi controlli a campione
 - Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.