

**Modulo A- domanda di partecipazione all'Avviso di Manifestazione d'Interesse  
(ai sensi delibera ATS Brianza n.118 del 22.02.2021)**

**DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI PERSONE AL DOMICILIO IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' AI SENSI DELLA DGR 4138/2020 E SS.MM. II**

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

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore denominato

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
con **sede legale** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con **sede operativa** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ )  
CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ :.. n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC (che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali  
relative all'avviso): \_\_\_\_\_

Indirizzo e nominativo del referente:

\_\_\_\_\_

**In qualità di (selezionare la voce di interesse)**

soggetto accreditato con il **Sistema Sociosanitario** Regionale presso l'ATS  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ (indicare la  
tipologia di UDO/ Servizio) con **CUDES** \_\_\_\_\_

soggetto accreditato con il **Sistema Sociale** presso l'Ambito Territoriale di  
\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
(indicare la tipologia di UDO/ Servizio) con **CUDES** \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l'accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014:
  - 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 – con riferimento alla successiva sottoscrizione della convenzione:
    - SOGGETTO all'imposta di bollo ai sensi del DPR n.642/72.
    - NON SOGGETTO all'imposta di bollo ai sensi del DPR n.642/72.
- 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 2021

(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/413872020 e ss.mm.ii, 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, residenti nel territorio afferente all' ATS Brianza da e assistite al proprio domicilio, destinati a:

- Adulti/Anziani – Voucher mensile di valore massimo 460,00 euro
- Minori – Voucher mensile di valore massimo 600,00 euro
- Persone dipendenti da tecnologia assistiva – Voucher mensile di valore massimo 1.650,00 euro (attività prevista solo per Enti già Erogatori di ADI a contratto con ATS Brianza)

## DICHIARA ALTRESI'

### 1 – 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):

| <input type="checkbox"/> ADULTI/ANZIANI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> MINORI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> DIPENDENTI DA<br>TECNOLOGIA<br>ASSISTIVA                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD etc...);</li> <li>➤ per il sostegno della famiglia con interventi di sollievo e di supporto alle relazioni</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ per sviluppare percorsi orientati a promuovere l'inserimento / inclusione sociale;</li> <li>➤ per sostenere la famiglia anche attraverso interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari</li> <li>➤ per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD etc...);</li> <li>➤ per sostenere interventi di supporto socioeducativo a completamento degli interventi di abilitazione e riabilitazione (v. DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamenti dei LEA- art.32 comma2 lettera h)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ per l'acquisto prevalente di prestazioni di natura tutelare fino a un massimo di 20 ore/settimanali di OSS; è possibile anche interventi di natura infermieristica e/o educativa</li> </ul> |

### 2 – di essere disponibile ad assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza nei territori afferenti ai seguenti Distretti:

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

| <input type="checkbox"/> ADULTI/ANZIANI                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> MINORI                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> DIPENDENTI DA<br>TECNOLOGIA<br>ASSISTIVA                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Brianza</li> <li><input type="checkbox"/> Lecco</li> <li><input type="checkbox"/> Monza</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Brianza</li> <li><input type="checkbox"/> Lecco</li> <li><input type="checkbox"/> Monza</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Brianza</li> <li><input type="checkbox"/> Lecco</li> <li><input type="checkbox"/> Monza</li> </ul> |

**3 – di essere disponibile a svolgere gli interventi presso:**

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ADULTI/ANZIANI</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Domicilio del richiedente</li> <li>○ Struttura sociosanitaria o sociale accreditata<br/>(indicare quale) .....</li> <li>○ Altri contesti di vita (es. luoghi di aggregazione)<br/>(indicare quali).....<br/>.....</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> <b>MINORI</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Domicilio del richiedente</li> <li>○ Struttura sociosanitaria o sociale accreditata<br/>(indicare quale) .....</li> <li>○ Altri contesti di vita (es. luoghi di aggregazione)<br/>(indicare quali).....<br/>.....</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> <b>DIPENDENTI DA<br/>TECNOLOGIA ASSISTIVA</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Domicilio del richiedente</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |

**4 – di indicare la propria disponibilità o non disponibilità ad erogare presso la propria struttura prestazioni/attività a favore di persone con gravissima disabilità di cui alla condizione G del DM FNA 2016 ovvero a favore di persone con “*gravissima disabilità comportamentale con disturbo dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM5*”) anche se residenti in altra ATS ( e specifica quale)**

- Non disponibile** ad erogare anche per residenti presso altra ATS
- DISPONIBILE** ad erogare anche per residenti presso altra l'ATS (indicare quale) :

**5 - di essere in possesso di esperienza specifica** nell'ambito degli interventi di carattere sociosanitario o sociale per i quali si presenta la candidatura, a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità e relative famiglie, di almeno 2 anni conseguiti negli ultimi cinque anni di attività in particolare nell'area degli interventi di assistenza rivolti a :

- ADULTI/ANZIANI**       **MINORI**       **DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA**

**6 – di avvalersi, nell’area in cui si presenta la candidatura, delle figure professionali (ASA/OSS educatore, infermiere, terapeuta della riabilitazione, psicologo) in possesso di documentata**

**esperienza/formazione specifica di almeno 2 anni conseguita negli ultimi cinque di attività,** per la definizione e realizzazione dei progetti previsti con l'erogazione del voucher a favore dei soggetti affetti da gravissime disabilità e relative famiglie

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

**ADULTI/ANZIANI**                       **MINORI**                       **DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA**

Di avere nell'aria interessata la disponibilità dei seguenti professionisti:

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ADULTI</b>                                           | <input type="checkbox"/> ASA/OSS<br><input type="checkbox"/> Educatore<br><input type="checkbox"/> Infermiere<br><input type="checkbox"/> Psicologo<br><input type="checkbox"/> Terapista della riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> <b>MINORI</b>                                           | <input type="checkbox"/> ASA/OSS<br><input type="checkbox"/> Educatore<br><input type="checkbox"/> Infermiere<br><input type="checkbox"/> Psicologo<br><input type="checkbox"/> Terapista della riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> <b>ADULTI/MINORI DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA</b> | <input type="checkbox"/> ASA/OSS<br><input type="checkbox"/> Educatore<br><input type="checkbox"/> Infermiere<br><input type="checkbox"/> Psicologo<br><input type="checkbox"/> Terapista della riabilitazione |

**7 – che per ogni persona con gravissima disabilità presa in carico, sulla base del P.I. (Progetto Individuale)** redatto dall'equipe EVM dell'ASST contenente gli obiettivi da realizzare rispetto al bisogno rilevato dalla Valutazione Multidimensionale, **l'Erogatore scelto dall'utente/familiare, predisporrà un PAI/PEI** (Piano di Assistenza Individuale/Piano Educativo Individuale ) contenente:

- la descrizione della tipologia e della frequenza /quantificazione degli interventi da sostenere con il Voucher mensile
- gli operatori e le professionalità che svolgeranno l'attività
- il luogo/luoghi di intervento
- i risultati attesi e raggiunti

Le prestazioni rese possono essere rendicontate solo se coerenti con il progetto individuale le prevede e solo secondo le modalità indicate nello stesso.

**8 – di essere disponibile a monitorare con l'equipe 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

**9 – di essere consapevole che gli interventi** previsti nei Voucher sono di **durata di almeno un'ora** e possono essere rendicontati nel software di ATS di norma solo ad ore e non a frazioni di ore,

e comunque in base alle indicazioni definite nel progetto redatto dall'EVM e secondo le modalità di rendicontazione previste dall'ATS e che gli stessi saranno remunerate in base alle tariffe orarie, omnicomprensive,previste per profilo professionale ai sensi dgr 2942/2014.

**10 – di essere a conoscenza che il progetto** definito per l'erogazione del Voucher mensile **si concluderà**, come previsto dalla DGR 4138/2020, **al massimo entro il 31 dicembre 2021**, salvo proroghe stabilite da Regione Lombardia con provvedimenti successivi.

**11 – 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 DGR 4138/2020 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie.

**12 – di voler ricevere tutte le comunicazioni relative all'Avviso di cui al precedente capoverso ai seguenti recapiti:**

Cognome Nome .....

Indirizzo PEC .....

Email .....

Recapito telefonico .....

**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\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

Allega

- 
- copia del documento d'identità del legale rappresentante
  - Documentazione comprovante la presenza dei requisiti di cui al punto 1 della manifestazione d'interesse (atto di accreditamento, curricula professionisti)
-