

Allegato 1

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI
PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI ASSISTENZA ALLA PERSONA
PER SOGGETTI RICONOSCIUTI BENEFICIARI
DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 - DAL 01/07/2022 AL 30/06/2025
RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DEL CORSICHESE**

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ C.A.P. _____

Via/le/P.zza _____ N° _____ Telefono _____

Mail _____ PEC _____

In qualità di Rappresentante legale dell'Ente/Associazione/Cooperativa/Azienda:

Nome/Ragione sociale _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Sede legale a _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Oggetto sociale _____

Telefono _____

Fax _____

Mail _____

Sito web _____

CHIEDE

l'iscrizione dell'Ente/Associazione/Cooperativa/Azienda all'albo dei soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni integrative di assistenza alla persona per soggetti riconosciuti beneficiari del progetto home care premium 2022 indicate di seguito:

Categoria	Prestazione	Descrizione prestazione integrativa	Disponibilità all'erogazione (barrare SI/NO)		Importo unitario massimo in € Iva Incl. (*)
			SI	NO	
Servizi professionali domiciliari	Domiciliare	OSS	SI	NO	23,43
Altri servizi professionali domiciliari	Domiciliare	Psicologo	SI	NO	29,34
Altri servizi professionali domiciliari	Domiciliare	Fisioterapista	SI	NO	25,16
Altri servizi professionali domiciliari	Domiciliare	Logopedista	SI	NO	25,16

Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	Centri diurni	Centri socio educativi riabilitativi diurni	SI	NO	25,00
Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	Centri diurni	Centri diurni per anziani	SI	NO	25,00
Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	Centri diurni	Centri di aggregazione giovanile	SI	NO	25,00
Sollievo	Domiciliare	Educatore	SI	NO	25,16
Percorsi di integrazione scolastica	Percorsi di integrazione scolastica	Educatore	SI	NO	25,16
Supporti	Supporto 1	protesi e ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti	SI	NO	Max 20% budget individuale annuale
Supporti	Supporto 2	apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità	SI	NO	Max 20% budget individuale annuale
Supporti	Supporto 3	poltrone e veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie	SI	NO	Max 20% budget individuale annuale
Amministrativo	Amministrativo/contabile	Rispondere al numero di telefono dedicato, per 4 ore antimeridiane per cinque giorni a settimana per rendere informazioni e consulenza familiare, in ordine al presente Progetto e alle relative prestazioni, alle tematiche e problematiche afferenti la non autosufficienza. Il	SI	NO	24,24

		<p>servizio telefonico, facendosi anche parte attiva, dovrà informare in merito ad ogni iniziativa, opportunità e beneficio a supporto della condizione di non autosufficienza;</p> <p>- compilazione delle ricevute mensili secondo la tempistica dettata;</p> <p>- rendicontazione delle attività rese, tra le quali l'eventuale modifica del PAI</p>			
--	--	---	--	--	--

a tal fine

DICHIARA,

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti,

per il Soggetto di cui è il Legale rappresentante e per il quale richiede l'accreditamento,

- che non ricorrono i motivi di esclusione di cui all'art. 80 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e che sussiste il possesso dei requisiti di cui all'art. 83 del medesimo decreto legislativo;
- l'iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio di _____;
- l'iscrizione ad altro Registro equipollente secondo la vigente legislazione dello Stato di appartenenza, specificare _____;
- l'iscrizione all'Albo delle società cooperative istituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico, ai sensi del D.M. 23 giugno 2004, ovvero presso l'Albo regionale;
- la mancata iscrizione ad alcuno dei predetti Registri/Albi per la seguente motivazione e/o dispensa di legge _____
- la condizione di regolarità contributiva, previdenziale e assistenziale a favore dei lavoratori dipendenti e/o soci e di rispettare il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, le norme sulla sicurezza di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, nonché tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci;
- che non è stato cancellato dall'Albo dei soggetti accreditati per servizi di cui al presente avviso a seguito di accertata carenza dei requisiti non previamente comunicata dal soggetto accreditato o per inadempienze contrattuali;

- che il fatturato annuo non è inferiore a € 100.000,00 euro;
- il possesso idonea copertura assicurativa R.C.T. con un massimale non inferiore a € 2.500.000,00 euro unico per sinistro e R.C.O. € 2.500.000,00 euro per sinistro con il limite di € 1.500.000,00 euro per ogni persona danneggiata, a garanzia di sinistri che possano derivare ad utenti o terzi durante l'espletamento del servizio
ovvero
- l'impegno a stipulare, entro 10 giorni dalla data di comunicazione di avvenuta iscrizione all'Albo, idonea copertura assicurativa R.C.T. con un massimale non inferiore a € 2.500.000,00 euro unico per sinistro e R.C.O. € 2.500.000,00 euro per sinistro con il limite di € 1.500.000,00 euro per ogni persona danneggiata, a garanzia di sinistri che possano derivare ad utenti o terzi durante l'espletamento del servizio;
- l'inclusione dell'erogazione dei servizi oggetto del presente Avviso tra le finalità statutarie (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- la regolare esecuzione negli ultimi tre anni della gestione dei servizi oggetto del presente avviso;
- il possesso di Carta dei servizi ed eventuale brochure informativa coerente con i servizi e le prestazioni oggetto del presente Avviso;
- il possesso da parte del personale impiegato di adeguate qualifiche ed esperienze, desumibili da elenco del personale e da organigramma, in particolare la presenza di personale amministrativo, psicologi/educatori/fisioterapisti/logopedisti e ASA/OSS;
- la volontà di fornire il necessario personale amministrativo ad un costo orario di € _____ iva esclusa per un numero di ore pari 20;
- l'attivazione di procedure per la rilevazione e valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza e degli operatori;
- la presenza di un programma di aggiornamento e formazione del personale (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- la presenza di procedure e modalità definite per la presa in carico, in particolare per il piano di assistenza individualizzato, per gli incontri di monitoraggio con l'utente, la famiglia, i servizi, per il trattamento dei dati personali (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- la presenza di un sistema strutturato di rendicontazione degli interventi erogati (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- la presenza di connessioni consolidate con reti territoriali formali, informali che sviluppino interventi di comunità e prossimità collegati alle attività oggetto di accreditamento (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti).

ALLEGA la seguente documentazione:

- a. Carta dei servizi (ed eventuali brochure informative),
- b. Statuto e atto costitutivo (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- c. Elenco del personale operante presso il servizio, alla data di compilazione della scheda tecnica, di cui all'Allegato 2 del presente Avviso (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- d. Organigramma e funzionigramma dell'Ente, con indicazione delle figure di coordinamento dei servizi (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- e. Modulistica relativa alla rilevazione e valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza/famiglia e degli operatori;
- f. Documentazione del programma di aggiornamento e formazione del personale (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);

- g. Protocollo con la descrizione delle procedure e delle modalità di presa in carico contenente almeno i facsimile del Piano di Assistenza Individualizzato, dei verbali degli incontri di monitoraggio con utente/famiglia/servizi e della liberatoria dei dati personali (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- h. Documentazione riguardante il sistema di rendicontazione contenente almeno facsimile del registro degli interventi quotidianamente erogati e del diario di aggiornamento sulle singole situazioni (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- i. Descrizione in carta libera delle esperienze maturate e delle connessioni consolidate con reti territoriali formali, informali che sviluppino interventi di comunità e prossimità collegati alle attività oggetto di accreditamento (non per chi fornisce **ESCLUSIVAMENTE** supporti);
- j. Eventuali altri documenti ritenuti idonei a dimostrare il possesso dei requisiti di accreditamento (es. Certificazione ISO 9001; Convenzione/Accreditamento con Regione Lombardia);
- k. Fotocopia documento di identità del legale rappresentante.

I dati personali saranno trattati ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, che ha recepito le disposizioni di cui al Reg. UE 2016/679.

Data ___/___/_____

Firma
