Allegato: MODULO A (Istanza di manifestazione d'interesse)

Modulo A
(Istanza di manifestazione d'interesse)

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' DI CUI ALLA DGR N. XII/1669/2023 DEL 28/12/2023

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

L'Ente Gestore …………………………………………………………………………………………………
con sede legale nel comune di ……………………………………….CAP…………..prov. ……………..
in via ………………………………………………………………………………………………..n° …...........

codice fiscale e o partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | | |
telefono…………………………………………………….posta PEC…………………………………………….
nella persona di ……………………………….……….. nato a ……………………….……. il ………..…..……

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | in qualità di Legale Rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale, della:

- ☐ struttura……………………………………………………………. (indicare tipologia e denominazione) ubicata nel Comune di ………………………CAP………prov…….. via…………………..…….n°……..…
    - o iscritta al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie - codice ……………………………………………………..
    - o iscritta al registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie – codice ………………………………………………….

- ☐ sperimentazione…………………………………………………(indicare tipologia e denominazione) ubicata nel Comune…………..…………….. CAP………prov……. via…………….……………….n°…… approvata con DGR n°……………………………………………………………………………………..

Riferimenti del referente dell'Ente per la presente candidatura:
Nome……………………………………………Cognome…………………………………………………
Cell……………..…………………………………E-mail………..…………………………………………

DICHIARA

☐ di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l'accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e ss mm ii

- ➢ 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 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 2024

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della DGR n. XII/1669/23, 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 dalla DGR n. DGR n. XII/1669/23, per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Sociosanitari 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 DGR n. XII/1669/23, indicando inoltre il Distretto dell'ASST di Pavia di erogazione tenuto conto che nel caso del Voucher Autismo dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento.

☐ **VOUCHER SOCIOSANITARIO ADULTI/ANZIANI**	☐ **VOUCHER SOCIOSANITARIO MINORI**	☐ **VOUCHER SOCIOSANITARIO DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA**	☐ **VOUCHER AUTISMO** (Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 7751/22 non residenti ne territorio afferente all'ATS di PAVIA)
Distretto	**Distretto**	**Distretto**	**Distretto (dove opera in via prioritaria)**
☐ PAVIA	☐ PAVIA	☐ PAVIA	☐ PAVIA
☐ ALTO E BASSO PAVESE	☐ ALTO E BASSO PAVESE	☐ ALTO E BASSO PAVESE	☐ ALTO E BASSO PAVESE
☐ BRONI CASTEGGIO	☐ BRONI CASTEGGIO	☐ BRONI CASTEGGIO	☐ BRONI CASTEGGIO
☐ VOGHERA	☐ VOGHERA	☐ VOGHERA	☐ VOGHERA
☐ LOMELLINA	☐ LOMELLINA	☐ LOMELLINA	☐ LOMELLINA

☐ Che in qualità di Ente erogatore ADI si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola nei Distretti di:

- ☐ PAVIA
- ☐ ALTO E BASSO PAVESE
- ☐ BRONI CASTEGGIO
- ☐ VOGHERA
- ☐ LOMELLINA

DICHIARA INFINE

che il volume di prestazioni mensili che l'Ente può erogare è pari a:

a. N°_____ voucher sociosanitario

b. N°_____ voucher autismo.

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 SOCIOSANITARIO

- Relazione sulla specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore.
- Dichiarazione della presenza di figure professionali 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.

b) VOUCHER AUTISMO

- Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher Autismo 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.
- Dichiarazione della presenza di figure professionali 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.