



Allegato 2

(Istanza di manifestazione d'interesse)

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' DI CUI ALLA D.G.R. N. XI/7751/2022 DEL 28/12/2022

(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 diCAP.....prov.
 in vian°

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 diCAP.....prov..... via.....n°.....
- iscritta al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie - codice
 - iscritta al registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie - codice
- sperimentazione.....(indicare tipologia e denominazione)
 ubicata nel Comune..... CAP.....prov..... via.....n°.....
 approvata con D.G.R. 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 DD.G.R. di riferimento
- dell'abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE).....
- dell'accreditamento:** provvedimento n°..... del rilasciato da (specificare)

**MANIFESTA
la propria disponibilità e interesse per l'anno 2023**

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della D.G.R. n. XI/7751/22, 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 D.G.R. n. XI/7751/22, 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 D.G.R. n. XI/7751/22, indicando inoltre il Distretto dell'ASST (*) 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.

<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO MINORI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO DIPENDENTI TECNOLOGIA ASSISTIVA	<input type="checkbox"/> VOUCHER AUTISMO (Anche per i beneficiari di cui alla lettera G D.G.R. 7751/22 non residenti nel territorio afferente all'ATS Val Padana)
Distretto	Distretto	Distretto	Distretto
<input type="checkbox"/> Cremasco	<input type="checkbox"/> Cremasco	<input type="checkbox"/> Cremasco	<input type="checkbox"/> Cremasco
<input type="checkbox"/> Cremonese	<input type="checkbox"/> Cremonese	<input type="checkbox"/> Cremonese	<input type="checkbox"/> Cremonese
<input type="checkbox"/> Alto mantovano	<input type="checkbox"/> Alto mantovano	<input type="checkbox"/> Alto mantovano	<input type="checkbox"/> Alto mantovano
<input type="checkbox"/> Basso mantovano	<input type="checkbox"/> Basso mantovano	<input type="checkbox"/> Basso mantovano	<input type="checkbox"/> Basso mantovano
<input type="checkbox"/> Mantovano	<input type="checkbox"/> Mantovano	<input type="checkbox"/> Mantovano	<input type="checkbox"/> Mantovano
<input type="checkbox"/> Casalasco- Viadanese Oglio Po	<input type="checkbox"/> Casalasco- Viadanese Oglio Po	<input type="checkbox"/> Casalasco-Viadanese Oglio Po	<input type="checkbox"/> Casalasco- Viadanese Oglio Po

- (*) **ASST CREMA: distretto cremasco**
ASST CREMONA: distretto cremonese
ASST MANTOVA: distretto alto mantovano, distretto basso mantovano, distretto mantovano, distretto casalasco-viadanese Oglio Po



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

-
-
-
-

DICHIARA INFINE

che il volume di prestazioni mensili che l'Ente può erogare è indicativamente 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.