**Allegato 2)**

**DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D’INTERESSE per L’EROGAZIONE DEI VOUCHER SOCIOSANITARI E VOUCHER AUTISMO PREVISTI DALLE DDGR N. XI/5791/2021 E N. XI/6003/2022 A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA**

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

 All’ATS della Montagna

 Alla c.a. Direttore Dipartimento PIPSS

 Via Nazario Sauro, 38

 23100 SONDRIO

protocollo@pec.ats-montagna.it

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell’Ente Gestore denominato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **COMUNICA**

 **la propria disponibilità e interesse per l’anno 2022**

*(barrare una o più opzioni in base alla tipologia degli interventi che si intendono eseguire)*

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della DGR XI/5791 del 21/12/2021 e della DGR n. XI/6003

del 21/02/2022 per:

 **Voucher sociosanitario Adulti/Anziani**

* di **€ 250,00** a cui corrispondono il n.° di interventi/ore (range 7-12) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;
* di **€ 460,00** a cui corrispondono il n.° di interventi/ore (range 13-18) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;

 per interventi di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione della persona con

* disabilità gravissima;
* con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

 per interventi socioeducativi di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana a

 favore della persona:

* disabilità gravissima e del caregiver familiare;
* con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

 **Voucher sociosanitario Minori**

* di **€ 350,00** a cui corrispondono il n.° di interventi/ore (range 10-14) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;
* di **€ 600,00** a cui corrispondono il n.° di interventi/ore (range 15-22) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;

 per interventi di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione della persona con

* disabilità gravissima;
* con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

 per interventi socioeducativi di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana a

 favore della persona:

* disabilità gravissima e del caregiver familiare;
* con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

 **Voucher sociosanitario rafforzamento ADI**

Per l’inclusione scolastica a favore degli studenti minorenni e maggiorenni, frequentanti fino alla scuola secondaria di secondo grado presso:

* scuola, centri estivi, progetti di transizione scuola/servizi diurni, doposcuola;
* domicilio (DAD)

 **Voucher sociosanitario ad alto profilo**

 A favore delle persone con disabilità gravissime che presentano bisogni di particolare intensità

 in quanto dipendenti da tecnologia assistiva:

* ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (minimo 16 ore/die)

e/o

* alimentazione solo parenterale attraverso catetere venoso centrale

e/o

* situazioni di particolare gravità e di intensità, con necessita di assistenza continuativa e moti-

vata e valutata dalla ASST

del valore massimo di **€ 1.650,00** (attività prevista solo per Enti già erogatori ADI).

 **Voucher sociosanitario Autismo**

A favore delle persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5, per l’erogazione del voucher secondo i n. 5 livelli di voucherindicati nella DGR 6003/22, Allegato 2 e richiamati nel bando di Avviso al paragrafo 3.2.

 **D I C H I A R A**

A tal proposito, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non

veritiere di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del

medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di essere:

**Ente candidato per l’erogazione di Voucher Sociosanitario**

□ struttura sociosanitaria e sanitaria accreditata

□ struttura sociosanitaria e sanitaria già accreditata ed a contratto con ATS come Ente Erogatore ADI

□ struttura sociosanitaria e sanitaria accreditata

□ struttura iscritta, alla data della presentazione della domanda, al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali, codice n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ struttura iscritta, alla data della presentazione della domanda, al registro ASAN - Anagrafe regionale delle strutture sanitarie e sociali, codice n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* struttura in grado di garantire nell’ambito della realizzazione di progetti, una combinazione di interventi forniti da diversi operatori, che includano sempre una figura professionale sociosanitaria, fatto salvo quanto previsto per il Voucher sociosanitario rafforzamento ADI per l’inclusione scolastica;
* struttura in grado di garantire figure professionali con documentata esperienza/formazione specifica per la realizzazione dei progetti a favore di persone con gravissima disabilità;
* struttura in grado di assicurare, in caso di erogazione delle prestazioni c/o la propria sede, che le stesse siano fornite con modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/interferenza con le attività a contratto, assicurando il rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza nonché una registrazione differenziata dei partecipanti, delle due attività ivi compresa l’indicazione degli operatori destinati.

**Ente candidato per l’erogazione di Voucher Autismo**

□ struttura sociosanitaria accreditata e iscritta, alla data della presentazione della domanda, al

 Registro AFAM – Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali, codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ struttura sanitaria accreditata e iscritta, alla data della presentazione della domanda, al Registro

 ASAN – Anagrafe regionale delle strutture sanitarie, codice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ sperimentazione Ria Minori approvate ai sensi della DGR IX/3239/12 o DGR X/63/2013;

* struttura registrata nella Mappatura Autismo per le seguenti tipologie di strutture:

□ Poli territoriali di NPIA privati accreditati;

□ Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziale privati accreditati;

□ Riabilitazioni ambulatoriali accreditate (DGR 19833/2004);

□ CDD accreditati;

**DICHIARA INOLTRE DI:**

* di assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza nei sottoindicati territori di residenza degli utenti, con ulteriore precisazione che nel caso del Voucher Autismo L’Ente dovrà garantire la presa in carico anche dei beneficiari di cui alla lettera g) non residenti nella ATS di riferimento:

 □ sull’intero territorio di competenza dell’ATS;

 □ sul Distretto di Valcamonica;

 □ sul Distretto di Valtellina e Alto Lario:

 Ambito territoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_\_

* di erogare il Voucher:

 □ A DOMICILIO

 (Voucher adulti/anziani, minori e disabili dipendenti da tecnologia assistiva e Voucher

 Autismo)

 □ PRESSO LA STRUTTURA

 (Voucher adulti/anziani e minori e Voucher Autismo)

 □ Altri contesti (ad esempio luoghi di aggregazione, setting specifici per tipologia)

 Indicare quali ……………………………………………………………………………………………………………………….

 (Voucher adulti/anziani, minori e Voucher autismo)

* **VOUCHER SOCIOSANITARIO**

 di essere in grado di garantire le seguenti figure professionali:

* ASA/OSS;
* Educatore professionale:
* sociosanitario (rif legge 205/2017)/educatori iscritti agli elenchi speciali di cui alla legge 148/2018 comma 537 dell’art. 1;
* socio pedagogico (rif legge 205/2017 smi);
* Infermiere;
* Psicologo;
* Ulteriori figure riabilitative ricomprese nell’albo TSRM e PSTRP

 □ TNPEE (rif. D.M. 17/1/1997 n. 56)

 □ Terapista Occupazionale (rif. D.M. 17/1/1997 n.136)

 □ Logopedista (rif D.M. 14/9/1994 n.742)

 □ Educatore professionale ( rif D.M. 1998 n.520)

 □ Fisioterapista (rif D.M. 14/9/1994 n.741)

 □ Tecnico della riabilitazione psichiatrica (rif D.M. 29/03/2001 n. 182)

* **VOUCHER AUTISMO**

Di essere in grado di garantire le seguenti figure professionali con monte ore proporzionale ai voucher attivati:

* Neuropsichiatra Infantile con funzione di supervisione delle attività per l’età evolutiva;
* Psicologo;
* Professionista sanitario della riabilitazione individuato in base agli specifici percorsi tra le seguenti figure:
* Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva (rif. D.M. 17/1/1997 n. 56);
* Tecnico Riabilitazione Psichiatrica (rif. D.M. 29/3/2001 n.182);
* Terapista Occupazionale (rif. D.M. 17/1/1997 n.136);
* Logopedista (rif D.M. 14/9/1994 n.742);
* Educatore professionale (L. 295 /2017)/educatori iscritti agli elenchi speciali di cui alla L.145/2018 al comma 537 dell'art.1;
* Fisioterapista (rif D.M. 14/9/1994 n.666).
* di garantire l’erogazione degli interventi definiti dall’Equipè di valutazione multidimensionale nel progetto individuale e 0predisponendo un progetto specifico contente:
* dati anagrafici dell’utente;
* la descrizione della tipologia e della frequenza/quantificazione degli interventi da sostenere con il voucher mensile;
* la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona e del suo nucleo familiare;
* gli operatori e le professionalità che svolgeranno l’attività;
* le modalità e i tempi di attuazione;
* il luogo/luoghi di intervento;
* i risultati attesi;
* la data di apertura e di chiusura del voucher.
* di essere a conoscenza che qualora il voucher non venga utilizzato nel mese di riferimento le prestazioni non erogate non potranno essere cumulate e utilizzate in altri periodi;
* di essere al corrente che il progetto definito per l’erogazione del voucher si concluderà entro il termine massimo del 31 dicembre 2022 e comunque fino all’approvazione di successive determinazioni regionali in materia, e comunque entro il limite delle risorse assegnate;
* di aver preso atto delle condizioni riportate nell’Avviso di Manifestazione di Interesse per la realizzazione di progetti attraverso l’erogazione dei voucher

L’ENTE INDIVIDUA COME REFERENTE PER L’UTENZA/ASST:

Serivizio/Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ENTE CHIEDE CHE TUTTE LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL PRESENTE AVVISO SIANO INVIATE AI SEGUENTI RECAPITI:

Serivizio/Operatore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

Copia del documento di identità del Legale Rappresentante in corso di validità.

**Si ricorda che tale richiesta è soggetta alla verifica dell’attestazione del possesso dei requisiti soggettivi di esercizio e di accreditamento, prevista dalla D.G.R. n. 2569 del 31/10/2014, tramite la SC Qualità e Appropriatezza dei Servizi Sociosanitari dell’ATS della Montagna.**

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Tutti i dati personali e le categorie particolari di dati di ATS della Montagna venga in possesso in occasione dell’espletamento del presente procedimento, verranno trattati nel rispetto del D.gls n. 196/20103 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento UE 2016/679  “Regolamento per la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali” nell’ambito della propria attività istituzionale di tutela della salute e nel rispetto dei diritti e della libertà dell’interessato, e del D. Lgs. n. 101/2018.

Letta tale informativa, acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità indicate.