

Allegato C) alla Determinazione n. 18 del 23/05/2024

SOCIETÀ DELLA SALUTE ALTA VAL D'ELSA
Progetto "Sostegno Domiciliare Val d'Elsa 4 – SO.DO.VE 4"
Codice Progetto S.I. FSE: 312752
CUP: J59G24000040006

MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI

per l'inserimento nell'elenco di operatori economici erogatori di servizi e prestazioni di cui alle seguenti tabelle dell'Avviso Pubblico regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" a valere sul PR FSE+ 2021-2027, rif.to D.D.R.T. n. 27538/2023:

- Tabella 1 per Azione 1 "Servizi di continuità ospedale-territorio";
- Tabella 2 per Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";
- Tabella 3 per Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"

È obbligatorio, al momento della presentazione della domanda per le strutture residenziali/semi-residenziali risultare accreditati secondo la normativa regionale di riferimento.

IL CANDIDATO INDICHI IL DECRETO DI ACCREDITAMENTO:

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___) il _____ e residente in Via/Piazza _____ a _____ (___) C.A.P. _____ Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante pro tempore di _____ ente _____ denominata _____, con sede legale in _____ (___) C.A.P. _____ Via/Piazza _____ e _____ P.IVA/C.F. _____ PEC _____ e-mail _____

MANIFESTA INTERESSE PER

l'inserimento nell'Elenco degli Operatori Economici per l'erogazione di servizi e/o prestazioni di cui alle tabelle dell'Avviso regionale in oggetto:

IL CANDIDATO SELEZIONA LA TABELLA E LE PRESTAZIONI PER CUI PRESENTA DOMANDA:

- Tabella 1 Azione 1 “Servizi di continuità ospedale-territorio”;**
 Tabella 2 Azione 2 “Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza”;
 Tabella 3 Azione 4 “Servizi domiciliare di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità”.

TABELLA 1 – Azione “Servizi di continuità ospedale-territorio”

<i>Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)</i>	<i>Costo</i>	<i>Selezione SI/NO</i>
Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito (Ricovero in <i>setting</i> di cure intermedie residenziali per 20 gg)	€ 132,00/die	

TABELLA 2 – Azione 2 “Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza”

<i>Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)</i>	<i>Costo</i>	<i>Selezione SI/NO</i>
Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)	CD base € 74,00 intera giornata e € 37,00 mezza giornata	
	CD Alzheimer € 77,50 intera giornata e € 38,75 mezza giornata	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)	€ 20 pers./die	
Caffè Alzheimer	€ 30,00/seduta	
Atelier Alzheimer	€ 30,00/seduta	
Musei per l'Alzheimer	€30,00 (educatore)/seduta	
	€25,00 (animatore/OSS)/seduta	
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni	Modulo base € 111,10/die	
	Modulo specialistico € 122,00/die	

TABELLA 3 - Azione 4 “Servizi domiciliare di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità”

<i>Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)</i>	<i>Costo</i>	<i>Selezione SI/NO</i>
Laboratori diurni creativi/Centri di aggregazione	€ 72,00 intera giornata	
	€ 38,00 mezza giornata	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)	€ 20,00 pers./die	

A TAL FINE DICHIARA DI

Essere accreditato, secondo la normativa regionale di riferimento con Decreto

Di assicurare I requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018, come modificato con D.P.G.R. n. 12/R del 22/03/2021, per il modulo specialistico "Cure Intermedie" ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria.

Di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento n. 79/R D.P.G.R. del 17/11/2016, allegato A, strutture D.6 e D.7, rispettivamente per il *setting* "LOW CARE" e "Residenzialità Sanitaria Intermedia".

Di comunicare le seguenti informazioni utili alla presentazione della domanda:

DICHIARA inoltre

- di aver letto e accettare tutte le condizioni previste dal presente Avviso e dall'Avviso Pubblico "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" di cui al Decr. Dirig. n° 27538 del 22/12/2023 della Regione Toscana;
 - di essere informato che, nel rispetto del Reg. UE 679/2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati", i dati forniti con il presente modello saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e per tutta la durata del progetto.
 - di essere in regola con gli adempimenti in materia fiscale, previdenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente e applicare il CCNL
-

E ASSUME IMPEGNO

- a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa a titolarità, denominazione o ragione sociale, rappresentanza, indirizzo e recapiti ed ogni rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti;
- a rispettare i termini e modalità di rendicontazione previsti dall'Avviso Pubblico Regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" e dal Reg. UE 1060/2021.

Luogo e data

Firma

Si allegano in copia:

- Documento d'identità in corso di validità del/la firmatario/a;
- Decreto di accreditamento ai sensi del Regolamento 2 R del 2018;
- Ricevuta SUAP ex L.R.T. 82/2009.