



AVVISO PUBBLICO

Progetto Home Care Premium 2019

COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2019 – Assistenza Domiciliare" –

II SEGRETARIO GENERALE

RENDE NOTO

che l'Unione Montana dei Sibillini, quale Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n.24 (di seguito ATS 24), con sede a Comunanza, P.zza IV Novembre n. 2, in attuazione di quanto definito nell'Accordo di Programma relativo al Progetto Home Care Premium 2019 (di seguito HCP 2019, la cui durata è prevista dal *1 luglio 2019 al 30 giugno 2022*) promosso e finanziato dall'Inps per l'attivazione di Progetti di Assistenza Domiciliare a favore di soggetti non autosufficienti, **intende istituire un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative.**

Con il presente avviso, pertanto, si intende acquisire manifestazioni di interesse, da parte di operatori economici qualificati, all'iscrizione nell'elenco anzidetto.

Per prestazioni integrative si intendono i servizi e gli interventi socio-assistenziali di supporto alla non autosufficienza.

Beneficiari delle prestazioni HCP 2019 sono i dipendenti e pensionati pubblici, i loro coniugi, parenti e affini di primo grado non autosufficienti, residenti nei Comuni dell'ATS 24.

PRESTAZIONI INTEGRATIVE DA EROGARE

Le prestazioni definite integrative dal Bando HCP 2019 riguardano la sfera socio-assistenziale di supporto alla non autosufficienza e quelle per le quali è richiesta la manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco dei soggetti attuatori, sono le seguenti:

- A) **Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali:**
interventi integrativi e complementari svolti da operatori socio-sanitari ed educatori professionali. E'

escluso l'intervento di natura professionale sanitaria.

- B) Altri servizi professionali domiciliari:** servizi professionali resi da fisioterapisti.
- C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:** interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione della evoluzione della patologia degenerativa che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio-educativi riabilitativi diurni per disabili.
- D) Sollievo:** a favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psicofisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, qualora la necessità assistenziale non sia integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma è integrata da uno o più familiari conviventi o non conviventi attraverso le cosiddette "cure familiari".

Il contenuto, i requisiti, gli standard di qualità e le figure professionali per ciascuna Prestazione Integrativa sono analiticamente descritti nell'Allegato 1.

Le prestazioni integrative sopra elencate, dovranno essere garantite a tutti i beneficiari del Progetto HCP 2019, residenti nei Comuni dell'ATS 24 e dovranno essere erogate nel rispetto del Piano Assistenziale Individuale, secondo le disposizioni contenute nell'Accordo di Programma, al fine di consentire la corretta erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'Istituto.

L'Ambito metterà a disposizione dei soggetti beneficiari l'elenco dei soggetti accreditati per le prestazioni integrative e sarà cura del beneficiario dell'intervento o del responsabile di progetto scegliere il/i soggetto/i che dovranno erogare le prestazioni previste nel Piano assistenziale individuale, che certifica le risorse assistenziali destinate al beneficiario e descrive le modalità di intervento.

Per l'attivazione delle Prestazioni Integrative ogni beneficiario dispone di un valore massimo di "budget" di intervento, in voucher figurativi, per l'intero progetto HCP 2019. A fronte di tali voucher consegnati dai beneficiari, ciascun prestatore emetterà fattura di spesa a carico dell'Unione Montana dei Sibillini, Ente capofila dell'ATS 24, che utilizzerà allo scopo il finanziamento specifico assegnato dall'INPS.

TARIFFARIO

L'ATS 24 ha stabilito in accordo con l'INPS, per ciascuna Prestazione Integrativa una tariffa omnicomprensiva, come di seguito specificato:

	PRESTAZIONE INTEGRATIVA	TARIFFA	UNITA' DI MISURA
A	Servizi Professionali Domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali	€ 17,54	Per ora di intervento
B	Altri Servizi Professionali Domiciliari resi da fisioterapisti	€ 25,00	Per ora di intervento

C	Servizi e Strutture a carattere extra domiciliare – Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno per Disabili	€ 35,00	Per giornata di ospitalità
D	Sollievo domiciliare	€ 15,80	Per ora di intervento

DESTINATARI DELL'AVVISO

Possono manifestare il proprio interesse a richiedere l'iscrizione nell'Elenco di fornitori di prestazioni integrative, nell'ambito del progetto HCP 2019, per una o più di esse, tutti i soggetti di cui all'articolo 45 del D.lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti) e ss.mm.ii..

Per le sole prestazioni previste nella lettera B “Altri Servizi Professionali Domiciliari”, resi da fisioterapisti, possono presentare domanda gli iscritti presso il competente Ordine Professionale, in possesso di partita IVA per l'esercizio della professione.

Tutti coloro che intendono partecipare alla manifestazione di interesse debbono essere in possesso, pena l'esclusione, dei seguenti requisiti:

a) Requisiti di ordine generale:

Non ricorrenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice dei contratti;

b) Requisiti di idoneità professionale, ai sensi dell'art. 83, commi 1, lett. a) e 3, del Codice dei contratti:

Iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura della Provincia in cui l'impresa ha sede, ovvero in analogo registro dello Stato di appartenenza (all. XVI del Codice), per il tipo di attività inerenti le Prestazioni Integrative oggetto del presente avviso. In caso di cooperative o consorzi di cooperative, anche l'iscrizione ai sensi del D.M. 23 giugno 2004 all'Albo delle Società Cooperative istituite presso il Ministero delle Attività Produttive (ora dello Sviluppo Economico); in caso di cooperative sociali, anche l'iscrizione all'Albo regionale;

c) Requisiti di capacità economica-finanziaria, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lett. b) e All. XVII, Parte I, del Codice dei contratti:

fatturato globale minimo annuo riferito a ciascuno degli ultimi tre esercizi finanziari disponibili non inferiore a € 85.000,00. Tale requisito è comprovato per le società capitali mediante i bilanci (voce A 1 del conto economico) approvati alla data di scadenza del termine per la presentazione della manifestazione di interesse, corredati della nota integrativa; per gli operatori economici costituiti in forma di impresa individuale ovvero di società di persone, mediante il Modello Unico o la Dichiarazione IVA.

d) Requisiti di capacità tecnico-professionale, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lett. c) e All. XVII, Parte II, del Codice dei contratti:

Esecuzione nell'ultimo triennio (2016,2017,2018), di servizi identici o analoghi a quelli oggetto della presente procedura, prestati a favore di amministrazioni pubbliche.

MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli operatori economici interessati all'iscrizione nell'Elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative, dovranno manifestare il proprio interesse inviando la relativa domanda, sottoscritta dal titolare/legale rappresentante/procuratore dell'operatore medesimo e redatta utilizzando l'apposito schema Allegato 2, al presente avviso.

Le domande, a pena di esclusione, devono pervenire mediante posta elettronica certificata (P.E.C.) inviata all'indirizzo unione.sibillini@emarche.it esclusivamente da un indirizzo P.E.C. dell'operatore, ***entro e non oltre il termine del 14/06/2019.***

Il testo di trasmissione della PEC deve recare la seguente dicitura: "DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2019".

Il recapito della PEC rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove, per qualsiasi motivo, la PEC stessa non giunga a destinazione in tempo utile.

La mancata presentazione della manifestazione secondo i termini e le modalità precedentemente indicate comporta l'esclusione dell'operatore dalla presente procedura.

ISTRUTTORIA E FORMULAZIONE ELENCO SOGGETTI ATTUATORI

L'Unione Montana dei Sibillini provvederà all'istruttoria delle domande pervenute, verificando il possesso dei requisiti dichiarati.

I soggetti giuridici ammessi saranno inseriti nell'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative previste dal Progetto HCP 2019.

L'Elenco verrà approvato con successiva Determinazione del Dirigente e pubblicato:

- all'Albo Pretorio Online del Comune di Comunanza, sede dell'Unione Montana dei Sibillini (***tale pubblicazione equivale a notifica***);
- sul sito Internet dell'Unione Montana dei Sibillini.

Anche dopo la pubblicazione dell'Elenco di soggetti attuatori delle prestazioni integrative, di cui al presente avviso, sarà possibile presentare nuove domande da parte di ulteriori soggetti interessati, che saranno valutate secondo gli stessi criteri e modalità.

L'elenco verrà aggiornato nelle seguenti date: ***30/06/2020 e 30/06/2021.***

Tale elenco ha validità dalla data di pubblicazione sino al 30/06/2022, termine di durata del progetto HCP 2019. La sua validità potrà essere prorogata in caso di prosecuzione del progetto in argomento, salvo diverse disposizioni dell'INPS.

DECADENZA DALL'ELENCO DEI SOGGETTI ATTUATORI

La perdita di uno o più requisiti, come specificati nel presente Avviso, determina la decadenza dall'inserimento nell'elenco in questione. La decadenza dall'inserimento nell'elenco è altresì determinata dalle seguenti circostanze:

1. gravi violazioni degli obblighi previsti dal Piano Assistenziale Individuale (PAI), segnalate dal beneficiario dell'intervento al servizio sociale professionale dell'Ambito;
2. impegno di personale professionalmente non adeguato o in situazioni di incompatibilità;
3. gravi inosservanze delle norme legislative, regolamentari e deontologiche.

OBBLIGHI PER GLI ISCRITTI NELL'ELENCO

Gli iscritti nell'Elenco sono tenuti a comunicare all'Unione Montana dei Sibillini ogni variazione dei dati trasmessi all'atto dell'iscrizione.

RINVIO

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso si fa riferimento alle norme e regolamenti vigenti in materia.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REG. UE n. 679/16, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della procedura in oggetto, anche con l'ausilio di mezzi informatici. L'invio della manifestazione di interesse presuppone l'esplicita autorizzazione al trattamento dei dati e la piena accettazione delle disposizioni del presente avviso.

PUBBLICITA'

Il presente avviso viene pubblicato sul profilo di committente al link: www.unionemontanasibillini.it oltre che nell'Albo Pretorio on-line del comune di Comunanza ove ha sede l'Unione Montana dei Sibillini, al link: www.comune.comunanza.ap.it, per dieci giorni consecutivi.

Comunanza, li 30/05/2019

IL SEGRETARIO GENERALE
Dott.ssa Giuseppina Concetti

Allegato 1

Progetto "Home Care Premium 2019"

DESCRIZIONE PRESTAZIONI E FIGURE PROFESSIONALI

Le Prestazioni Integrative previste nell'Avviso sono le seguenti:

COD	sub COD	Categoria Prestazione Integrativa	Servizio
A		Servizi Professionali Domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori professionali	
	A.1		OSS
	A.2		Educatore professionale
B		Altri Servizi professionali Domiciliari	
	B.1		Fisioterapista
C		Servizi e Strutture a carattere extra-domiciliare	
	C.1		Centro socio educativo riabilitativo diurno per disabili
D		Sollievo	
	D.1		domiciliare

A - Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori professionali:

A1: OSS

- supporto alla persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;
- servizi semplici di supporto diagnostico e terapeutico;
- servizi finalizzati al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;

- servizi di supporto al personale sanitario e sociale nell'assistenza al beneficiario;
- supporto alla gestione dell'utente nel suo ambito di vita.

Figura Professionale: O.S.S.

Possesso Qualifica Operatore Socio Sanitario, secondo quanto disposto con la DGR Marche n. 666 del 20 maggio 2008.

Livello minimo inquadramento: livello previsto dal CCNL di riferimento

A2: Educatore Professionale

- supporto domiciliare attraverso la realizzazione di progetti educativi, volto allo sviluppo equilibrato della personalità mediante interventi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità del soggetto che versa in condizioni di difficoltà;
- accompagnamento del soggetto in condizione di difficoltà nel percorso educativo di autonomia, cambiamento e miglioramento della sua qualità della vita;
- nel caso di minore l'educatore supporta il beneficiario nell'attività scolastica, ludica, sportiva per incrementarne l'autostima;
- supporto al ruolo genitoriale.

Figura professionale: educatore professionale in possesso di laurea o diploma universitario di educatore professionale o di uno dei titoli equipollenti.

Livello minimo inquadramento: livello previsto dal CCNL di riferimento

B - Altri servizi professionali domiciliari:

B1 – Fisioterapista

Secondo il D.M. 741/1994, il fisioterapista si occupa della prevenzione, diagnosi funzionale, cura e riabilitazione dei disturbi conseguenti a eventi patologici di varia natura, congeniti od acquisiti; il fisioterapista, nell'ambito delle proprie competenze, e sulla base delle indicazioni fornite dalle figure mediche di riferimento degli utenti, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- valuta e individua il bisogno di salute del paziente, se necessario lavorando anche in équipe multidisciplinare;
- pratica autonomamente, con responsabilità e titolarità, attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali e occupazionali;
- propone l'adozione di ausili, addestra il paziente al loro uso e ne verifica l'efficacia;
- verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Figura Professionale: Fisioterapista in possesso di Laurea in Fisioterapia, abilitato all'esercizio della professione sanitaria di Fisioterapista.

C – Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:

C1. centro socio-educativo riabilitativo diurno per disabili

Interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, per il potenziamento delle abilità e la prevenzione e il rallentamento della

degenerazione che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso Centri regolarmente autorizzati ai sensi della normativa vigente.

D – Sollievo domiciliare:

Il Servizio di Sollievo rappresenta la sostituzione temporanea del care-giver ordinario per un periodo limitato al fine di garantirne il riposo e la riduzione del rischio da burn out.

Il Servizio di sollievo sostituisce le attività ordinarie di care-giving giornaliero e non interviene in attività straordinarie socio assistenziali domiciliari.

Attua, a titolo esemplificativo e non esaustivo, interventi concernenti l'assistenza domestica per:

- assistenza alla mobilità extra domiciliare quotidiana anche per attività di socializzazione e per l'acquisto di generi di primaria necessità;
- attività di assistenza e cura della persona a domicilio per la sostituzione del care giver.

Figura professionale: Operatore socio assistenziale di base non formato.

Livello minimo inquadramento: livello previsto dal CCNL di riferimento

FASI DI EROGAZIONE E PARAMETRI DI QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI

FASE 1. PRIMA DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'utente e i suoi familiari hanno necessità di:

- conoscere la tipologia dell'intervento e della prestazione;
- conoscere le attività oggetto della prestazione (cosa è compreso nella prestazione e cosa non è compreso);
- conoscere i vantaggi, gli obiettivi e rischi socio assistenziali dell'intervento;
- conoscere l'elenco dei soggetti accreditati per ciascuna prestazione e scegliere il soggetto;
- identificare i tempi di intervento;
- conoscere eventuali azioni o dotazioni a suo carico o a carico del nucleo familiare;
- avere conferma dell'intervento.

Il Soggetto Accreditato si impegna ad individuare un referente del servizio che dovrà gestire:

- un colloquio informativo a domicilio;
- l'organizzazione dell'incontro con l'operatore che svolgerà l'intervento;
- l'informativa sulla riservatezza e privacy della prestazione;
- realizzazione del progetto d'intervento, sulla base dei bisogni individuati.

Il Soggetto Accreditato, si impegna, inoltre, a predisporre e a fornire all'utente:

- materiale informativo (brochure aziendale, carta dei servizi, etc.) anche attraverso siti web;
- CV aziendale;
- logo aziendale presente su tutta la modulistica tecnica e informativa;

L'utente beneficiario e i suoi familiari:

- partecipano alla definizione della pianificazione dell'intervento, nelle modalità e nei tempi previsti dal Piano socio assistenziale;
- prestano il proprio consenso e la propria disponibilità e collaborazione;
- approvano l'intervento;
- si impegnano a rendere erogabili le prestazioni contenute nel Piano socio assistenziale concordato nei modi, tempi e quantità previsti nello stesso.

FASE 2. AVVIO DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Aspettative dell'utente e dei suoi familiari:

- puntualità riguardo l'avvio della prestazione;

- riconoscibilità dell'operatore;
- certezza della tipologia di intervento.

Il Soggetto Accreditato si impegna a:

- disporre personale qualificato, rispetto a ciascuna tipologia di servizio, contenendo al massimo la rotazione del personale e limitandola ai soli casi di assenza dello stesso per ferie o malattia, con specifiche competenze relazionali, con perfetta conoscenza del bisogno socio assistenziale e del nucleo familiare di riferimento, assunto con regolare contratto di dipendenza;
- garantire la puntualità e completezza dell'intervento;
- garantire l'identificabilità del proprio personale con abito da lavoro e badge con foto;
- nel caso delle prestazioni "B – Altri servizi professionali domiciliari" si impegna inoltre al raccordo con le figure mediche di riferimento degli utenti.

Il Soggetto Accreditato, inoltre, si impegna a predisporre:

- organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita dei beneficiari;
- dotazioni "professionali" per l'erogazione della prestazione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: guanti monouso, mascherine etc.).

L'utente beneficiario e i suoi familiari garantiscono:

- disponibilità all'accesso domiciliare da parte degli operatori;
- disponibilità di eventuali dotazioni a carico del nucleo o del beneficiario necessari per l'erogazione della prestazione e non ricompresi in quelli di cui dovrà essere dotato il personale;
- predisposizione di un contesto ambientale adeguato alle esigenze dell'utente e dell'operatore per l'erogazione della prestazione;
- disponibilità a partecipare al processo di monitoraggio fisico degli interventi sulla base dei sistemi informativi/informatici che verranno messi a disposizione dall'Ambito.

FASE 3. DURANTE L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Aspettative dell'utente e dei familiari:

- complessiva fruizione della prestazione pattuita.
- eventuale adeguamento dell'intervento, per contenuti, modalità e tempi.

Il Soggetto Accreditato si impegna a:

- garantire il corretto svolgimento della prestazione pattuita, durante la quale proceda con la descrizione al beneficiario e/o ai familiari di ciascuna fase di intervento;
- garantire l'eventuale flessibilità di intervento in accordo con il beneficiario e con l'Assistente Sociale di riferimento presso l'Ambito, al fine di rispettare le indicazioni del patto socio assistenziale concordato;
- agevolare il coinvolgimento attivo dell'utente, dei familiari e di tutti i soggetti coinvolti nel percorso socio assistenziale;
- rimodulare le azioni sulla base di elementi rilevati durante l'intervento.

FASE 4 . AL TERMINE DELL'EROGAZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE

Aspettative dell'utente e dei familiari:

- certezza di aver fruito di ogni prestazione concordata, nei termini e nelle modalità definite nel Piano socio assistenziale.

Il Soggetto Accreditato si impegna a:

- riferire sui risultati conseguiti e suggerire eventuali migliorie per interventi futuri.

L'utente beneficiario e i suoi familiari si impegnano a segnalare eventuali difformità riscontrate nell'erogazione delle prestazioni rispetto a quanto definito all'interno del Piano socio assistenziale individuale, in relazione alle aspettative definite di concerto con l'Assistente sociale di riferimento del progetto HCP 2019.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

per l'iscrizione nell'elenco di soggetti attuatori di Prestazioni Integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2019".

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Prov. () il _____

In qualità di _____

dell'impresa/società _____

con sede in _____

Via _____

codice fiscale n. _____

partita IVA n. _____

tel. _____ fax _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di Prestazioni Integrative di cui al progetto Home Care Premium 2019, così come descritte nell'Avviso concernente la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative;

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

☐ di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs. n° 50/2016;

☐ che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di _____ per le seguenti attività:

(in caso di cooperative o consorzi di cooperative)

☐ che l'impresa è iscritta ai sensi del D.M. 23 giugno 2004 all'Albo delle Società Cooperative istituite presso il Ministero delle attività Produttive (ora dello Sviluppo Economico);

(in caso di cooperative sociali)

☐ che la Cooperativa è iscritta all'Albo regionale _____

☐ che i controlli sulla regolarità fiscale dell'impresa possono essere effettuati presso la seguente sede

dell'Agenzia delle entrate: _____

☐ che i controlli sulla regolarità dell'impresa in merito alla disciplina di lavoro dei disabili possono essere effettuati presso la seguente sede del Centro per l'impiego:

☐ di essere in possesso:

- del requisito di capacità economico-finanziaria relativo al fatturato globale minimo annuo riferito a ciascuno degli ultimi tre esercizi finanziari disponibili non inferiore a € 85.000,00;
- del requisito di capacità tecnico-professionale, avendo eseguito nell'ultimo triennio (2016,2017,2018), servizi identici o analoghi a quelli oggetto del presente avviso, prestati a favore di amministrazioni pubbliche indicando di seguito la data di svolgimento, l'importo e il committente:

(in caso di Attività Professionale Individuale)

☐ di essere in possesso di numero di partita IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento e inoltre di essere iscritto presso l'Ordine Professionale, corrispondente all'attività per cui si richiede l'accREDITamento, al numero _____;

☐ di essere disponibile a partecipare ad incontri di coordinamento gestionali a cura dell'ATS 24;

☐ di essere autorizzato per l'espletamento dei Servizi a carattere extra domiciliare *(indicare la denominazione dei Servizi e gli estremi dell'autorizzazione)*

_____;

- ☐ di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti;
- ☐ di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2019, che a causa del terremoto sono temporaneamente domiciliati nei Comuni ospitanti, fuori dal territorio dell'ATS 24.

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di aver preso visione, di ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
- le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico emanato dall'Unione Montana dei Sibillini, Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 24, concernente la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative;
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2019;
- ☐ di aver preso visione del contenuto, dei requisiti, degli standard di qualità e delle figure professionali per ciascun servizio, analiticamente descritti nell'"Allegato 1" dell'Avviso Pubblico anzidetto e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
- ☐ che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sotto indicate Prestazioni Integrative:

	COD	sub COD	Categoria prestazione Integrativa	Servizio	Tariffa
	A		Servizi Professionali Domiciliari resi da:		€ 17,54/ora
<input type="checkbox"/>		A.1		OSS	
<input type="checkbox"/>		A.2		Educatore Professionale	
	B		Altri Servizi professionali Domiciliari		€ 25,00/ora
<input type="checkbox"/>		B.1		Fisioterapista	
	C		Servizi e Strutture a carattere extra-domiciliare		€ 35,00/giorno
<input type="checkbox"/>		C.1		Centro socio educativo riabilitativo diurno per disabili	
	D		Sollievo		€ 15,80/ora
<input type="checkbox"/>		D.1		Domiciliare	

- ☐ di essere consapevole che:
- nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione nell'Elenco da attribuirsi all'Amministrazione;
 - tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco, per cui l'Unione Montana dei Sibillini rimane del tutto estranea a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano ai seguenti indirizzi:

- PEC _____
- E-mail _____
- Fax _____

☐ di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al REG. UE 679/16, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Timbro e firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.