

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST
ZONA DISTRETTO "COLLINE DELL'ALBEGNA"
Progetto "Scegliere di rimanere a casa"

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 Decr. Dirig. R.T. n°27538/2023:

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

E' 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 _____
_____ il _____ residente a _____
_____ Via/Piazza _____ Codice Fiscale _____
_____ in qualità di legale rappresentante *pro tempore* di _____
_____ ente _____ denominata _____,
con sede legale in _____ Via _____ P. I.V.A. _____
_____ Tel _____ E-mail _____
_____ PEC _____.

MANIFESTA INTERESSE PER

l'inserimento nell'Elenco di Operatori Economici autorizzati all'erogazione dei servizi e/o prestazioni di cui alle Tabelle 1, 2 e 4 dell'Avviso regionale in Oggetto.

IL CANDIDATO SELEZIONI LA TABELLA E I SERVIZI PER CUI PRESENTA DOMANDA:

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

Tabella 1**Azione 1 "Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio"**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Tariffa giornaliera	Selezione SI/NO
Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito (Ricovero per 20 giorni)	Tariffa giornaliera Rif.to D.G.R.T. 909/2017	

Tabella 2**Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare a persone affette da demenza"**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Tariffa giornaliera	Selezione SI/NO
Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)	A totale copertura retta giornaliera	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		
Caffè Alzheimer	€ 20,00 a persona per incontro	
Atelier Alzheimer	€ 40,00 a persona per incontro	
Musei per l'Alzheimer	€ 10,00 a persona per accesso	
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni	Tariffa giornaliera Rif.to D.G.R.T. 909/2017	

Tabella 4**Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Tariffa giornaliera	Selezione SI/NO
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione	A totale copertura retta giornaliera	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		

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 soltanto nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e per tutta la sua durata, fino agli adempimenti di controllo e rendicontazione;
- 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 le 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.