

CITTA' DI AMANTEA
(Prov. di Cosenza)

DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE
SERVIZI AFFARI GENERALI

N° Registro del Servizio <u>22</u>	DATA ESECUTIVITA' _____
N° Registro Generale <u>421</u>	
N° ALBO <u>398</u> del <u>28.6.2017</u>	Al _____

TRASMISSIONE A:	SINDACO	SEGRETARIO	ALTRI _____
-----------------	---------	------------	-------------

Oggetto: Progetto Home Care Premium 2017 (Periodo 1° luglio 2017 AL 31 dicembre 2018). Prestazioni Integrative. Approvazione Avviso Pubblico per l'Accreditamento di Cooperative Sociali.

Il giorno VENTOTTO del mese di Giugno dell'anno **duemiladiciasette** e nel proprio ufficio,

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE DEL SERVIZIO

PREMESSO CHE: in data 28 febbraio è stato emanato da parte dell'Inps (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) il Bando Pubblico progetto "Home Care Premium" – Assistenza Domiciliare rivolto a dipendenti e pensionati pubblici, loro coniugi, parenti e affini di 1° grado non autosufficienti, per il periodo 1 luglio 2017 – 31 dicembre 2018;

CONSIDERATO CHE sono stati inviati alla Direzione Regionale INPS della Calabria:

- in data 10/04/2017 la richiesta di Manifestazione di Interesse all'adesione al progetto "HOME CARE PREMIUM 2017", sottoscritta del Commissario Straordinario del Comune di Amantea (Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n.3
- in data 23 maggio 2017 l'Accordo, redatto ai sensi dell'art. 15 della legge n. 241/1990 e sottoscritto dal Direttore Regionale dell'INPS e il Commissario Straordinario del Comune di Amantea dell'Ambito Territoriale Sociale n.3;

PRESO ATTO che l'Accordo di cui sopra, prevede che l'Ente convenzionato provveda all'erogazione delle prestazioni integrative consistenti in servizi di assistenza alla persona, come di seguito specificati, attivabili in forma diretta dai cittadini beneficiari con cooperative sociali/consorzi di cooperative sociali e a tutti i soggetti del terzo settore, preventivamente accreditate da parte dell'Ambito

A. SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI RESI DA OPERATORI SOCIO SANITARI ED EDUCATORI PROFESSIONALI:

interventi integrativi e complementari svolti da operatori socio-sanitari ed educatori professionali. È escluso l'intervento di natura sanitaria;

B. ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI:

servizi professionali resi da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti,

C. SERVIZI E STRUTTURE A CARATTERE EXTRA DOMICILIARI:

interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria per lo sviluppo delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione e rallentamento della degenerazione che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente c/o centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia;

D. SOLLIEVO:

a favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psico- fisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale, qualora l'incapacità funzionale non sia integralmente soddisfatta dai servizi pubblici, ma sia integrata da uno più familiari conviventi o non conviventi, attraverso le cosiddette cure familiari;

E. TRASFERIMENTO ASSISTITO:

F) Pasto: servizio di consegna a domicilio, esclusa fornitura.

G SUPPORTI (di cui ai punti successivi, in alternativa tra loro):

- protesi e ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti (compresi pannoloni per incontinenti, traverse, letti e materassi ortopedici antidecubito e terapeutici, cuscini jericò e cuscini antidecubito per sedie a rotelle o carrozzine eccetera);
- apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità;
- poltrone e veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie;
- strumentazioni tecnologiche ed informatiche per la sicurezza dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;
- ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione;
- attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne;
- adattamento di veicoli ad uso privato, utilizzati per la mobilità di beneficiari gravemente disabili, per la modifica degli strumenti di guida;
- realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti adibiti ad abitazioni private;
- qualsiasi altra fornitura ed installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature (ausili) o strumenti tecnologici di domotica, non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, tali da ridurre il grado di non autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

H) Percorsi di integrazione scolastica:

servizi di assistenza specialistica *ad personam* in favore di studenti con disabilità, volti a favorire l'autonomia e la comunicazione, così come indentificati dall'articolo 13, comma 3, della Legge 104/1992. Hanno diritto all'assegnazione di tale prestazione integrativa, nei limiti di budget individuale, esclusivamente gli studenti con accertamento di handicap ex legge 104/1992. L'intervento potrà essere fornito sia all'interno che all'esterno della scuola e anche al di fuori dell'orario scolastico.

I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale.

L) Servizi per minori affetti da autismo:

servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo.

M) Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili:

servizi sportivi rivolti a non autosufficienti per potenziare le diverse abilità e favorire la crescita del livello di autonomia, di autostima, di capacità relazionali e di gestione dell'emotività.

DATO ATTO che la pubblicazione dell'avviso di cui sopra non produce alcun vincolo, diretto o indiretto, per il Comune di Amantea;

VISTO lo schema di avviso pubblico e relativi allegati (Mod.A-B-C) finalizzato all'accREDITAMENTO tramite l'iscrizione in un apposito registro, di Cooperative sociali/consorzi di cooperative sociali, erogatrici di prestazioni integrative progetto "Home Care Premium 2017";

RITENUTO, procedere ad approvare il testo dell'avviso pubblico di che trattasi ed a disporre la sua pubblicazione sul sito internet del Comune di Amantea in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Territoriale n.3;

RITENUTO che l'istruttoria preordinata alla emanazione del presente atto consenta di attestare la regolarità e la correttezza di quest'ultimo ai sensi e per gli effetti di quanto dispone l'art. 147 bis del D.lgs 267/00;

PRESO ATTO che la presente determinazione NON NECESSITA del visto di regolarità contabile in quanto non comporta riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico- finanziaria o sul patrimonio dell'ente;

RITENUTA la propria competenza in merito, ai sensi degli artt. 107, 169 e 183/9 del D. Lgs. 18 agosto 2000;

DETERMINA

Le premesse formano parte integrale e sostanziale del seguente avviso:

- 1) **Di approvare** il testo dell'Avviso pubblico e relativi allegati (Mod.A-B-C) finalizzato all'accREDITAMENTO tramite l'iscrizione in un apposito registro, di Cooperative sociale/consorzi di cooperative sociali e a tutti i soggetti del terzo settore, erogatrici di prestazione integrative progetto "Home Care Premium 2017";
 - 2) **Di disporre** che l'Avviso Pubblico appena approvato, venga pubblicato sul sito internet del Comune di Amantea in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Territoriale n.3 e che venga trasmesso ai fini della più ampia diffusione in tutti i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n.3; (Amantea, Aiello Calabro, Belmonte Calabro, Cleto, Fiumefreddo Bruzio, Lago, Longobardi, Serra d'Aiello e San Pietro in Amantea).
 - 3) **Di disporre** che l'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative avrà validità per tutta la durata del progetto Home Care Premium 2017, eventualmente prorogabile in caso di prosecuzione della progettualità HCP, salvo diverse disposizioni dell'INPS.
 - 4) **di dare atto** che la presente determinazione, ai fini della pubblicità degli atti e della trasparenza dell'azione amministrativa verrà pubblicata all'Albo on line dell'Ente per quindici giorni consecutivi.
- 1) **RIMETTERE** copia della presente:
- a) All'ufficio di Ragioneria per i provvedimenti di competenza;
 - b) All'ufficio Segreteria per la pubblicazione all'albo.
 - c) Allo Sportello Sociale progetto "Home Care Premium 2017".



LA SEGRETARIA GENERALE
(Dott.ssa Maria Luisa MERCURI)

**VISTI ED ATTESTAZIONI SU DETERMINAZIONE
UFFICIO DI RAGIONERIA**

VISTO PER LA REGOLARITA' CONTABILE ED ATTESTAZIONE DI COPERTURA FINANZIARIA ai sensi dell'art. 153, comma 5, D. Lgs. 18.08.2000, n°267(Testo Unico Enti Locali) ed art. 7 Regolamento di Contabilità.

Intervento _____ cap ____/PEG

Bilancio Corrente Esercizio
Competenza

Si da atto che la copertura finanziaria è assicurata dallo stanziamento sopra individuato che presenta la situazione contabile come da prospetto a fianco

Il responsabile di Ragioneria (Dott. Gaetano VIGLIATORE)

-somma stanziata

-variaz. In aumento

-variaz. In diminuzione.....

-somme già impegnate.....

-somma disponibile.....

Data.....

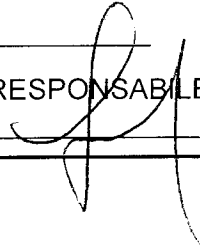
..... **Il Responsabile**
(Dott. Gaetano VIGLIATORE)

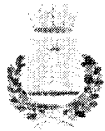
PUBBLICAZIONE

Copia della presente è stata pubblicata all'Albo dell'Ente per 15 gg. consecutivi

dal _____ al _____

IL RESPONSABILE DELL'ALBO





**PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2017
ASSISTENZA DOMICILIARE
INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI**

Home Care Premium



*perchè non c'è posto
migliore della tua casa*

Prot. n. _____ del _____

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 3
COMUNE CAPOFILA: AMANTEA (CS)**

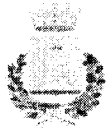
**AVVISO PUBBLICO
PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2017"**

ISTITUZIONE DEL REGISTRO PUBBLICO DEI FORNITORI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2017"

Visto l'Avviso "Home Care Premium 2017" della Direzione Centrale Credito e Welfare dell'INPS Gestione ex INPDAP per l'erogazione di prestazioni socio- assistenziali in favore di dipendenti e pensionati pubblici, utenti della gestione ex INPDAP, loro coniugi parenti e affini di 1° grado anche non conviventi, i soggetti legati da unione civile e i conviventi ex legge n.76 del 2016 (Art.3 comma 1-2-3 del bandi HCP 2017) non autosufficienti;

Visto l'Accordo di Programma tra INPS – Gestione ex Inpdap, Direzione Generale e Comune di Amantea in qualità di Comune capofila dell'Ambito Territoriale n.3, sottoscritto in data 23/05/2017;

RENDE NOTO



Che il Comune di Amantea, nell'ambito del Progetto "Home Care Premium" promosso e finanziato dall'INPS – Gestione ex INPDAP intende istituire il Registro dei fornitori per l'erogazione di prestazioni integrative.

Il Progetto "Home Care Premium", oltre all'attribuzione in favore dei beneficiari di prestazioni prevalenti, prevede, ad integrazione di queste ultime, il riconoscimento di prestazioni integrative, sempre interamente a carico dell'Istituto ma erogate dal Soggetto proponente.

L'istituzione del Registro è finalizzata all'individuazione dei soggetti giuridici interessati (imprese, operatori economici, cooperative) in possesso dei requisiti necessari per svolgere attività e/o prestazioni socio-assistenziali, regolarmente iscritti nei rispettivi albi e registri regionali di settore. Le prestazioni definite "integrative" dal Bando "Home Care Premium 2017", che potranno essere assegnate sulla base dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI), potranno essere una o più obbligatoriamente tra 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 psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti.

C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:

interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per lo sviluppo delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione e il rallentamento della degenerazione che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia.

D) Sollievo:

a favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psicofisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale, qualora l'incapacità funzionale non sia integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma sia integrata da uno o più familiari conviventi o non conviventi, attraverso le cosiddette "cure familiari".

E) Trasferimento assistito:

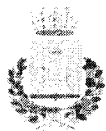
servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifici e particolari necessità (visite mediche, accesso al centro diurno etc.), articolati in trasporto collettivo/individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzata e trasporto barellato. Qualora il budget assegnato agli utenti destinatari del servizio sia sufficiente, ovvero con integrazione a carico dell'Ente partner, potrà essere acquistato un mezzo dedicato e idoneo al trasporto disabili, che resterà di proprietà dell'Ente partner.

F) Pasto:

servizio di consegna a domicilio, esclusa fornitura.

G) Supporti (di cui ai punti successivi, in alternativa tra loro):

1. protesi e ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti (compresi pannoloni per incontinenti, traverse, letti e materassi ortopedici antidecubito e terapeutici, cuscini jericò e cuscini antidecubito per sedie a rotelle o carrozzine eccetera);
2. apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità;
3. poltrone e veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie;
4. strumentazioni tecnologiche ed informatiche per la sicurezza dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;



5. ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione;
6. attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne;
7. adattamento di veicoli ad uso privato, utilizzati per la mobilità di beneficiari gravemente disabili, per la modifica degli strumenti di guida;
8. realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti adibiti ad abitazioni private;
9. qualsiasi altra fornitura ed installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature (ausili) o strumenti tecnologici di domotica, non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, tali da ridurre il grado di non autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

H) Percorsi di integrazione scolastica:

servizi di assistenza specialistica *ad personam* in favore di studenti con disabilità, volti a favorire l'autonomia e la comunicazione, così come indentificati dall'articolo 13, comma 3, della Legge 104/1992. Hanno diritto all'assegnazione di tale prestazione integrativa, nei limiti di budget individuale, esclusivamente gli studenti con accertamento di handicap ex legge 104/1992. L'intervento potrà essere fornito sia all'interno che all'esterno della scuola e anche al di fuori dell'orario scolastico.

I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale.

L) Servizi per minori affetti da autismo:

servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo.

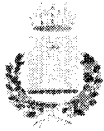
M) Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili:

servizi sportivi rivolti a non autosufficienti per potenziare le diverse abilità e favorire la crescita del livello di autonomia, di autostima, di capacità relazionali e di gestione dell'emotività.

Come previsto dall'art. 17 del bando "Home Care Premium 2017", a ciascun beneficiario potranno essere riconosciute prestazioni integrative, nei limiti del budget assegnato. Il budget dovrà intendersi attribuito unitariamente e determinato in base alla seguente tabella, che, ai soli fini di facilità di calcolo, riporta l'importo mensile:

ISEE del beneficiario	Punteggio relativo al fabbisogno		
	Fascia I	Fascia II	Fascia III
0 – 8.000,00	500,00	400,00	300,00
8.000,01 – 16.000,00	400,00	300,00	200,00
16.000,01 – 24.000,00	300,00	200,00	150,00
24.000,01 – 32.000,00	200,00	150,00	==
32.000,01 – 40.000,01	150,00	==	==

Laddove il costo della prestazione integrativa sia superiore al contributo massimo erogabile, nel solo caso di erogazione di supporti, il beneficiario potrà farsi carico dell'eventuale eccedenza.



I soggetti beneficiari delle prestazioni integrative potranno scegliere liberamente, tra i soggetti ammessi e inseriti nel Registro, il fornitore delle prestazioni previste nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Soggetti Partecipanti

Il presente Avviso è rivolto alle Ditte /Imprese, a tutti i soggetti del terzo settore, regolarmente iscritti nell'apposito albo o registro regionale di settore.

Requisiti

I Soggetti interessati, in persona del Legale Rappresentante, A PENA DI ESCLUSIONE, devono dichiarare il possesso dei seguenti requisiti:

1. di essere iscritti al Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore di competenza per le prestazioni suddette precisando il numero e la data di iscrizione, durata e forma giuridica della ditta, il nominativo della persona a cui spetta la rappresentanza legale e i poteri conferiti a detta persona;
2. per le Associazioni e le Cooperative sociali essere iscritti nell'apposito Albo o Registro Regionale precisando il numero e la data di iscrizione;
3. di possedere idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
4. l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti al legale rappresentante, associati e dipendenti e collaboratori;
5. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
6. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, e delle tasse;
8. di essere in regola con l'applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro e di rispettare le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
9. di rispettare, nei confronti dei propri dipendenti, i vigenti C.C.N.L. ed i contratti integrativi di categoria di riferimento;
10. di non essere in nessuna delle condizioni ostative a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione indicate all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016.

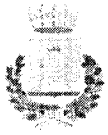
Modalità per la presentazione della richiesta di iscrizione

La domanda di inserimento nell'elenco dei fornitori dovrà essere redatta sull'apposito modulo (modello A) firmato e corredato con i documenti previsti.

L'apposito modello di domanda è disponibile on line sul sito istituzionale del Comune di Amantea www.comuneamantea.gov.it e c/o lo Sportello Sociale Home Care Premium del medesimo Comune.

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, **pena l'esclusione**, dovrà pervenire in un plico chiuso e dovrà essere indirizzata al Comune di Amantea – Sportello Sociale progetto Home Care Premium 2017-Corso Umberto I, 7, 87032 Amantea (CS), con lettera raccomandata A/R a mezzo del servizio postale ovvero presentata direttamente all'ufficio protocollo del Comune di Amantea - ovvero spedita al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.amantea.cs.it entro e non oltre le ore **12:00 del 11 Luglio 2017**.

Si precisa che non farà fede la data del timbro postale, ma esclusivamente la data di arrivo all'ufficio protocollo.



A PENA DI ESCLUSIONE, le domande di partecipazioni dovranno essere presentate in un plico chiuso, idoneamente sigillato e controfirmato sui lembi di chiusura. Il plico dovrà recare gli estremi del mittente, l'indirizzo del destinatario e la seguente dicitura: "DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEI FORNITORI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM

2017". Detto plico dovrà contenere la seguente documentazione:

- domanda di ammissione, redatta secondo il fac-simile Mod. A allegato al presente avviso, a firma del soggetto interessato o del legale rappresentante del soggetto partecipante;
- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità;
- dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 secondo l'allegato mod. B (modello autocertificazione antimafia);
- dichiarazione Mod. C - (normativa antimafia tracciabilità dei flussi finanziari);
- Copia dell'atto Costitutivo, dello statuto.

Laddove subentrano modifiche, variazioni o in caso di perdita dei requisiti, i soggetti iscritti nel Registro dovranno dare tempestiva comunicazione al soggetto proponente (Comune di Amantea) che provvederà alla cancellazione/modifica dal registro.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi all'Ufficio dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 - Sportello Sociale Home Care Premium 2017, in Corso Umberto I, 7 - 87032 AMANTEA (CS), tel. 0982429215 - 0982429216 - 0982429219 - 0982429209.

ISTRUTTORIA E FORMULAZIONE ELENCO SOGGETTI ATTUATORI

Il Comune di Amantea Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 provvederà all'istruttoria delle domande presentate, verificando il possesso dei requisiti dichiarati. I soggetti giuridici ammessi porteranno alla formulazione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2017".

L'elenco e il registro verranno pubblicati all'Albo pretorio on line del Comune di Amantea Capofila nonché sui siti istituzionali dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3. (Amantea, Aiello Calabro, Belmonte Calabro, Cleto, Fiumefreddo Bruzio, Lago, Longobardi, Serra d'Aiello e San Pietro in Amantea).

L'accreditamento avverrà quindi a seguito di adozione di atto amministrativo, contenente l'indicato elenco degli operatori economici accreditati. L'avvenuta iscrizione non comporta automaticamente la possibilità di erogare le prestazioni, bensì l'iscrizione nell'elenco dei soggetti accreditati fra i quali l'utente avente diritto ai servizi potrà effettuare la scelta.

Per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui al Progetto HCP 2017 sarà utilizzato esclusivamente il suddetto elenco.

La sottoscrizione non comporta alcun obbligo in capo all'Ambito del Comune di Amantea di affidare servizi, essendo l'erogazione subordinata alla scelta degli utenti.

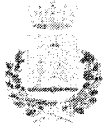
E' vietata la cessione, anche parziale, dell'accreditamento.

DECADENZA DALL'ELENCO DEI SOGGETTI ATTUATORI

Si decade dall'inserimento nell'elenco qualora venga accertata la perdita di almeno uno dei requisiti generali e/o speciali per l'ammissione.

Si decade, altresì, nei seguenti casi:

- in caso di violazioni gravi agli obblighi previsti dal Programma Assistenziale;



- esiti negativi delle verifiche periodiche in attuazione delle funzioni di vigilanza e controllo del personale dei Comuni incaricato;
- per utilizzo di personale professionalmente non idoneo e qualificato;
- nei casi previsti dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dell'art. 1453 e segg. del Cod.Civ.

TERMINI DI VALIDITÀ DELL'ELENCO

L'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative avrà validità per tutta la durata del progetto Home Care Premium 2017, eventualmente prorogabile in caso di prosecuzione della progettualità HCP, salvo diverse disposizioni dell'INPS.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI SERVIZI/BENI RESI

L'ente Partner si riserva di provvedere al pagamento delle fatture emesse all'esito dell'erogazione dei servizi/beni oggetto del presente Avviso soltanto a seguito della validazione periodica da parte dell'INPS della rendicontazione della spesa presentata dal Comune, oltre che all'effettivo trasferimento delle relative risorse finanziarie.

RISERVA SULL' EROGAZIONE DEI SERVIZI DI CUI ALLA LETTERA G – F – H-I-L-M-

Per l'erogazione dei servizi di cui alla lettera "G" i beneficiari potranno acquistare direttamente il supporto presso qualsiasi esercizio commerciale, fermo restando che la fattura elettronica deve essere intestata e inoltrata a mezzo pec al Comune di Amantea Comune capofila dell'Ambito Territoriale n.3.

Ci si riserva di erogare le prestazioni di cui alla lettera F-H-I-L-M solo previa accettazione dei servizi in esse previsti da parte di Inps. Pertanto, l'eventuale domanda inoltrata non comporta alcun diritto in ordine al successivo accreditamento per l'erogazione del servizio/servizi medesimo/i.

Controllo

Ai sensi di quanto previsto all'art.71 del D.P.R. 445/2000, laddove sussistano dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni rese, si evidenzia che l'Amministrazione é tenuta ad effettuare idonei controlli sulle stesse, fatta salva anche la possibilità di provvedere a controlli a campione. In caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti contenenti dati non rispondenti a verità, si richiama quanto previsto dall'art.76 del richiamato D.P.R. 445/2000.

Fermo restando la responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Informativa sull'uso dei dati personali

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. N.196/2003 e ss.mm.ii., si informa che i dati personali, forniti tramite le dichiarazioni sostitutive, saranno raccolti dagli uffici competenti e trattati unicamente per le finalità connesse al presente avviso.

Esclusione

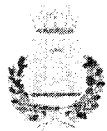
L'Amministrazione può disporre in ogni momento, con motivato provvedimento, l'esclusione dal registro per difetto dei requisiti prescritti.

L'avvenuta esclusione, debitamente motivata, sarà comunicata agli interessati.

Per ulteriori informazioni rivolgersi all'ufficio Home Care Premium 2017 -tel. 0982429215 – 0982429216 – 0982429219 – 098242907 – 0982429209.

Amantea, 26.06.2017

IL SINDACO
(Dr. Mario PIZZINO)



Mod. A

Al Comune di Amantea
Ufficio Home Care Premium 2017
Corso Umberto I, 7
87032 – AMANTEA (CS)

OGGETTO: PROGETTO “HOME CARE PREMIUM 2017”. DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEI FORNITORI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ Provincia _____
Documento di identità _____ n. _____
in qualità di _____ del/della _____
denominazione _____ forma giuridica _____
con sede legale a _____ indirizzo _____ n. _____
sede operativa a _____ indirizzo _____ n. _____
tel. _____ fax _____ e mail _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____,

A) Iscritto nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore _____

B) Iscritto all’Albo delle Società Cooperative;

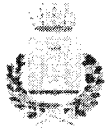
Preso visione dell’Avviso Pubblico di cui all’oggetto, manifestando con la sottoscrizione della presente, l’interesse all’erogazione delle prestazioni integrative di cui all’oggetto

CHIEDE

di essere inserito nel Registro dei fornitori di prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti e fragili nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2017”, promosso dall’INPS – Gestione ex INPDAP al quale il Comune di Amantea ha aderito quale Soggetto proponente, per le seguenti prestazioni integrative (barrare la casella interessata):

Barrare	DESCRIZIONE PRESTAZIONE INTEGRATIVA	Tipo unità	Costo massimo unità (escluso Iva)
<input type="checkbox"/>	A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali	ora	€ 20,00
<input type="checkbox"/>	B) Altri servizi professionali domiciliari: psicologi, come supporto alla famiglia (indicare costo) fisioterapisti (indicare costo) logopedisti (indicare costo)	ora	€ 30,39
<input type="checkbox"/>	C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	ora	€ 35,00
<input type="checkbox"/>	D) Sollievo	ora	€ 12,00
<input type="checkbox"/>	E) Trasferimento assistito	servizi	€ 35,00
<input type="checkbox"/>	F) Pasto	servizi	€ 2,00

7



	G)Supporti (di cui ai punti successivi, in alternativa tra loro):		
	1. protesi e ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti (compresi pannoloni per incontinenti, traverse, letti e materassi ortopedici antidecubito e terapeutici, cuscini jerico e cuscini antidecubito per sedie a rotelle o carrozzine eccetera);		
	2. apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità		
	3. poltrone e veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie;		
	4. strumentazioni tecnologiche ed informatiche per la sicurezza dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;		
	5. ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione;		
	6. attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne;		
	7. adattamento di veicoli ad uso privato, utilizzati per la mobilità di beneficiari gravemente disabili, per la modifica degli strumenti di guida;		
	8. realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti adibiti ad abitazioni private;		
	9. qualsiasi altra fornitura ed installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature (ausili) o strumenti tecnologici di domotica, non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, tali da ridurre il grado di non autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.		
	H) Percorsi di integrazione scolastica	ora	€ 20,00
	I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale	ora	€ 35,00
	L) Servizi per minori affetti da autismo	ora	€ 35,00
	M) Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili	ora	€ 35,00

A tal fine, consapevole delle pene stabilite ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti



DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;

- di essere iscritto al Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore di competenza per le prestazioni suddette:

numero di iscrizione _____

data di iscrizione _____

durata _____

forma giuridica _____

codice fiscale _____

titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza:

(indicare i nominativi, le qualifiche, i luoghi e le date di nascita, nonché la residenza)

- per le Associazioni e le Cooperative sociali, di essere iscritto nell'apposito albo o registro regionale, come di seguito riportato:

- albo/registro _____

- n. di iscrizione _____

- sezione _____

- anno di iscrizione _____

- di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti al legale rappresentante, associati e dipendenti e collaboratori;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, e delle tasse;
- di essere in regola con l'applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro e di rispettare le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- di rispettare, nei confronti dei propri dipendenti, i vigenti C.C.N.L. ed i contratti integrativi di categoria di riferimento;



- di non essere in nessuna delle condizioni ostative a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione indicate all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di essere ben consapevole e di accettare senza riserve che, per quanto attiene ai pagamenti delle prestazioni integrative in favore dei fornitori, gli stessi sono subordinati alla validazione periodica da parte dell'Inps della rendicontazione della spesa presentata

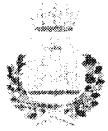
Il/la sottoscritto/a autorizza l'Ente al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. n.196/2003, art.13 e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Si allega alla presente:

1. domanda di ammissione, redatta secondo il fac-simile Mod. "A" allegato al presente avviso, a firma del soggetto interessato o del legale rappresentante del soggetto partecipante;
2. copia fotostatica non autenticata di un documento di identità;
3. dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 secondo il fac-simile Mod. "B" allegato al presente avviso;
4. Copia dell'atto Costitutivo, dello statuto e del Curriculum (se trattasi di Cooperativa Sociale).

_____ li, _____

Firma



Mod. B

Modello autocertificazione antimafia

Oggetto: Autocertificazione antimafia.

Il sottoscritto (nome e cognome) nato a il, residente in..... via..... n., in qualità di legale rappresentante della società (indicare la ragione sociale) oppure: in qualità di titolare dell'impresa/ cooperativa/ etc... (indicare la denominazione) avente la sede in Prov. di Via n., tel. n., email:

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del DPR 445/00;

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato DPR 445/00; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni e di non essere a conoscenza dell'esistenza di tali cause nei confronti di (1):

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

(1) la suddetta dichiarazione deve essere resa anche per i soggetti indicati nell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii..

Luogo e data _____

In Fede
Il Legale Rappresentante

Firma leggibile e per esteso, timbro

N.B Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445). *Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il consenso e autorizzano il Comune in indirizzo al trattamento dei dati comunicati, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione delle procedure.*



Mod. C

NORMATIVA ANTIMAFIA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

Oggetto : Comunicazione dati art. 3 Legge 136 del 13/08/2010. Tracciabilità flussi finanziari Ai sensi dell'art 3 della legge n.136/2010

Il sottoscritto _____, nato a _____ ()
il ___/___/____, codice fiscale _____, legale rappresentante
della _____
(società/impresa/cooperativa/etc) _____ con sede in _____
() via _____, codice fiscale _____
partita iva _____, consapevole delle sanzioni penali previste e
richiamate dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1) che gli estremi identificativi del c/c dedicato in via esclusiva/non esclusiva al pagamento della
fornitura effettuata, sono : Banca _____ conto corrente n _____
ABI _____ CAB _____ CIN _____ IBAN _____

2) che le persone delegate ad operare su di esso sono:

_____ C.F. _____
_____ C.F. _____
_____ C.F. _____

3) di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13/08/10
n. 136 e successive modifiche ed integrazioni;

4) di impegnarsi a comunicare ogni modifica relativa ai dati trasmessi;

5) di impegnarsi ad indicare su ogni fattura il numero di conto (IBAN) sul quale effettuare il relativo
pagamento;

Luogo e data _____

In Fede
Il Legale Rappresentante

Firma leggibile e per esteso, timbro

N.B Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445). Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il consenso e autorizzano il Comune in indirizzo al trattamento dei dati comunicati, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione delle procedure.