



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



Asp n. 9

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55

ALCAMO – CALATAFIMI SEGESTA – CASTELLAMMARE DEL GOLFO
ASP N. 9 DISTRETTO SANITARIO 55

ATTO D'IMPEGNO PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI IN MODALITA' INDIRETTA

All'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario n. 55
c/o Comune capofila di Alcamo
per il tramite del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Email _____

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

Email _____

in qualità di

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente

Per l'erogazione del servizio di _____ sceglie di avvalersi:

A. operatore fornito dalla cooperativa accreditata di cui all'albo della Regione Sicilia delle Istituzioni socio-assistenziali pubbliche e private (indicare nome cooperativa selezionata)

B. assistente familiare iscritto nel Registro pubblico degli assistenti familiari della Regione Sicilia (indicare nome e cognome) _____

C. Operatore Socio Assistenziale OSA o Operatore Socio Sanitario OSS in possesso di attestato di qualifica (indicare nome e cognome) _____

E' CONSAPEVOLE CHE:

- gli verrà corrisposto un numero di buoni di servizio corrispondenti al monte ore complessivo definito nel Piano Assistenziale Individuale, spendibili presso la Cooperativa o l'operatore professionale scelto per l'acquisto di prestazioni socio assistenziali indicate nel Piano Assistenziale Individuale;
- ogni bimestre verrà rimborsato solo l'importo effettivamente speso e documentato per un numero massimo di ore riconosciuto nel Piano Assistenziale Individuale;
- qualora per cause di forza maggiore in un mese il beneficiario non abbia goduto di tutto il monte ore spettante, verrà data possibilità di recupero entro e non oltre il mese successivo.

SI IMPEGNA A RISPETTARE QUANTO SEGUE:

- a presentare all'Ufficio di Piano, con periodicità stabilita, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento avvalendosi del modulo di rendicontazione, all. n. 5, con allegata la seguente documentazione:
 - fattura debitamente quietanzata;
 - ricevute di avvenuto pagamento (bonifico bancario , postale etc);
 - ricevute di pagamento dei contributi INPS (F24);
 - busta paga firmata;
 - registri che attestano l'avvenuta erogazione dei servizio;
 - buoni di servizio utilizzati nel bimestre di riferimento;
 - alla prima richiesta di rimborso dovrà essere altresì allegato copia atto negoziale, copia lettera di assunzione o contratto di lavoro attestante la regolarità dell'assunzione e la durata dello stesso.

- al pagamento delle spese a proprio carico esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo copia di idonea documentazione;
- a rispettare quanto stabilito sul Piano Assistenziale Individuale;
- a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno.

SI IMPEGNA ALTRESÌ:

A. Per chi sceglie di avvalersi della cooperativa:

- a stipulare regolare atto negoziale nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali, con la previsione delle disposizioni necessarie per garantire gli standard per un buon funzionamento del servizio e secondo quanto disposto nel Piano Assistenziale Individualizzato;
- al pagamento del corrispettivo secondo la quota oraria, per il numero delle ore di servizio realmente effettuato, nella misura stabilita nel Piano Assistenziale Individualizzato. Gli adempimenti relativi al versamento degli oneri assicurativi e previdenziali saranno a carico della cooperativa stessa;
- a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza.

B. Per chi sceglie l'assistente familiare iscritto nel Registro pubblico degli assistenti familiari o di un operatore OSA/OSS:

- a stipulare regolare contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali previsti dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale con l'operatore professionale, attestante la regolarità dell'assunzione e la durata dello stesso da inviare all'Ufficio di Piano con la prima richiesta di rimborso;
- al pagamento del corrispettivo secondo quanto indicato nelle *"Linee Guida per la gestione in modalità indiretta dei servizi socio assistenziali"*;
- a farsi carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'operatore professionale per eventuali danni provocati a terzi;
- a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza.

Per tutto quanto non contemplato nel presente atto di impegno, si fa rinvio a quanto disposto nelle *"Linee Guida per la gestione in modalità indiretta dei Servizi Socio Assistenziali"*.

Luogo e data

Firma
