***(SCHEMA)***

**PROPOSTA DI VOUCHER**

**Prestazioni Integrative – *HOME CARE PREMIUM***

(approvato con determinazione del Direttore Generale n. 118 del 18.11.2021 )

(aggiornato con determinazione del direttore Generale n--------- del ----)

*Premesso che:*

* in data 01.04.2022 l’INPS ha emanato il nuovo Bando di Concorso “Home Care Premium 2022” rivolto a 35.000 persone con disabilità per il periodo dal 1° luglio 2022 al 30 giugno 2025 e nella medesima data è stato pubblicato, oltremodo, l’Avviso di Adesione al Progetto “Home Care Premium 2022” rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali, invitandoli ad aderire al Programma, al fine di Convenzionarsi con l’Istituto ed assicurare i servizi integrativi ai cittadini beneficiari;
* l’Azienda Speciale Consortile – Consorzio Sociale “Agorà S10” – ha aderito al nuovo Bando dell’INPS ed è stata sottoscritta la Convenzione (Accordo ai sensi dell’art. 15 L. n. 241/1990 - repertoriato al P.G. n. 1402 del 30.05.2022) tra l’Istituto, nella persona del Direttore Regionale ed il Rappresentante Legale del Consorzio, per garantire l’erogazione delle *prestazioni integrative* in favore dei vincitori del progetto HCP 2022, residenti nei Comuni dell’Ambito S3 ex S10;
* detto Accordo pone a carico dell’Ambito Territoriale convenzionato specifici obblighi connessi alle diverse fasi di attuazione del Progetto, precipuamente, l’erogazione delle *c.d.* Prestazioni Integrative in favore degli assistiti, definite in sede di Adesione e risultanti per ciascun beneficiario dallo specifico Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), i cui costi sono integralmente a carico del summenzionato Istituto.

*Premesso, inoltre, che:*

* con Deliberazione dell’Assemblea consortile n. 17 del 19.11.2020 è stato approvato il *“Regolamento per l’autorizzazione, l’accreditamento e la vigilanza dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari, dei Soggetti che provvedono alla gestione e all’offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”*;
* in attuazione del pre-citato Regolamento di Ambito, con determinazione direttoriale n. 62 del 29.12.2020 sono stati istituiti l’*Albo Unico dei Soggetti accreditati “Agorà S10”* ed il *Registro delle strutture autorizzate “Agorà S10”*;
* con Deliberazione dell’Assemblea consortile n. 12 del 28.09.2021 è stato, oltremodo, approvato il *Regolamento per l’erogazione dei servizi attraverso procedure di accreditamento e voucher sociali*.

*Considerato che:*

* con determinazione del Direttore Generale n. 106 del 20.10.2021 è stato approvato l’Avviso pubblico di Manifestazione di interesse rivolto ai Soggetti accreditati per i servizi *domiciliari, territoriali e semi-residenziali*, ai fini dell’erogazione delle prestazioni integrative Home Care Premium attraverso procedura di *accreditamento* e *voucher sociali*, successivamente aggiornato alla luce del nuovo Programma triennale dell’INPS con determinazione n. 98 del 19.06.2022.
* con medesime determinazioni, è stato altresì aggiornato e approvato il *Disciplinare Operativo Prestazioni Integrative Home Care Premium*, che definisce caratteristiche, tariffe dei servizi, procedure di accesso e di assegnazione del *voucher*.

*Dato atto che*con determinazione del Direttore Generale n. ----- del ------ , è stato altresì approvato lo Schema di Convenzione / Patto di Accreditamento tra l’Azienda Speciale Consortile – Consorzio Sociale “Agorà S10” ed il Prestatore accreditato, che regolamenta le modalità di realizzazione e di rimborso delle Prestazioni integrative, nonché gli obblighi in capo a ciascun sottoscrittore, al fine di assicurare gli interventi ai beneficiari Home Care Premium associati all’Ambito Territoriale S3 ex S10 con Piano Assistenziale attivo.

*Tenuto conto che* il beneficiario Home Care Premium avente diritto e assegnatario del *voucher* mensile commisurato al valore delle Prestazioni Integrative previste dal suo PAI, esercita la libera scelta del Prestatore accreditato dal quale intende ricevere gli interventi, scegliendolo fra gli Organismi iscritti nell’*Albo Unico dei Soggetti accreditati “Agorà S10”*, che hanno aderito all’Avviso di Manifestazione di interesse di cui alle citate determinazioni n. 106 del 20.10.2021 e n. 98 del 19.06.2022.

Per le su esposte premesse

L’Azienda Speciale Consortile “AgoràS10” – Consorzio Sociale Ambito Territoriale S3 ex S10, in persona del dott. ----------------- nato ----- il -----------------, nella qualità di Direttore Generale, in virtù della delibera del C.d.A. n. --- del -------- e del relativo contratto stipulato in data ---------------, ai sensi dell’art. 110 c.1 del D.Lgs.n.267/2000, domiciliato per la carica in Località Valle – Palomonte (Sa)

**FORMULA la presente PROPOSTA**

**che, ai sensi del *Regolamento per l’erogazione dei servizi attraverso procedure di accreditamento e voucher sociali* e del *Disciplinare Operativo Prestazioni Integrative Home Care Premium*, costituisce**

**il *VOUCHER* sottoscritto tra:**

**1 - L’Azienda Speciale Consortile “AgoràS10” – Consorzio Sociale Ambito Territoriale S3 ex S10,** in persona del dott. ----------------- nella qualità di Direttore Generale, come su indicato;

**2 – Il Beneficiario *Home Care Premium***, sig. -------------------------------- , nato a ---------- il ---------- C.F.:--------------------------------- destinatario del *voucher*  per le Prestazioni Integrative

In questa sede rappresentato dal *Responsabile Programma HCP (care giver familiare)* sig. -------------------------------- , nato a ---------- il ---------- C.F.:---------------------------------

**3 - il Prestatore liberamente prescelto** dal Beneficiario con comunicazione effettuata su Modello preposto e acquisita al PG n. -------------- del -------

La (Cooperativa/Impresa) ------------------------------ C.F. / P.IVA -------------------------, con sede legale in ---------------------------------- accreditato ai sensi del Regolamento n. 4/2014, per i servizi:

* ---------------------------------, con provv. n. ----------------------- del --------------------- rilasciato da -------------------------------;
* ---------------------------------, con provv. n. ----------------------- del --------------------- rilasciato da -------------------------------;
* ---------------------------------, con provv. n. ----------------------- del --------------------- rilasciato da -------------------------------;

in persona del sig. ------------------------------ nato a --------------------- il ------------------, nella qualità di legale rappresentate, domiciliato per la carica in ---------------------------------

individuato mediante Manifestazione di interesse di cui alla determinazione del Direttore Generale n. 106 del 20.10.2021 e n. 98 del 19.06.2022, iscritto nell’*Albo Unico dei Soggetti Accreditati “Agorà S10”* con determinazione del direttore generale n. ------------- del --------- , con il quale è stata stipulata specifica Convenzione / Patto di Accreditamento in data ------------- PG n. ---------

**1**

**Tipologia e costo delle Prestazioni Integrative presenti nel PAI del Beneficiario sig. ---------------------- e valore del *voucher* mensile:**

Il valore complessivo del *voucher* mensile / *budget* assegnato dall’INPS è pari a € -------- (IVA inclusa) a copertura del costo totale delle seguenti Prestazioni Integrative:

| **COD.** | **Categoria** | **Prestazione** | **Misura mensile** | **Importo unitario massimo (IVA inclusa)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ---------------------- | --------------------------------------- | Ore / unità | € ------- |
|  | -------------------- | ---------------------------------------- | Ore / unità | € -------- |

La durata dell’intervento è connessa ai mesi di vigenza dello stesso PAI:a decorrere dal mese di (data sottoscrizione proposta) ------------- fino al 30 giugno 2025, salvo rinunce o decessi del Beneficiario, come risultante dalla Piattaforma informatica INPS.

**2**

**Adempimenti dei sottoscrittori**

**2.1 -** Il Beneficiario o, per lui il Responsabile del programma (*care giver familiare*), è tenuto a comunicare al Consorzio eventuali sospensioni temporanee del servizio o interruzione del PAI per cause imputabili a rinuncia o decesso.

Il Beneficiario ha la facoltà di fruire in tutto o in parte delle prestazioni mensili. Le prestazioni non fruite potranno essere recuperate entro e non oltre i 6 mesi successivi rispetto al periodo di mancata fruizione.

Il Beneficiario ha la facoltà di modificare la sua scelta del fornitore in qualsiasi momento, inviando richiesta al Consorzio e comunicando il nominativo di un nuovo Soggetto erogatore attraverso il *Modulo* preposto. Il nuovo Ente fornitore subentrerà nell’erogazione a decorrere dal mese successivo.

**2.2 -** Il Consorzio Sociale “Agorà S10” riconoscerà al Prestatore il numero effettivo delle prestazioni rese mensilmente, comprovato dal Registro mensile degli interventi, controfirmato dallo stesso Beneficiario, che il Prestatore è tenuto a trasmettere.

La spesa sarà liquidita previa verifica sulla regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto, come richiesta nella Convenzione, subordinatamente alla validazione del rendiconto trimestrale e al trasferimento delle risorse da parte dell’INPS.

Sarà cura dell’Ufficio di Piano del Consorzio comunicare ai Prestatori accreditati il CIG.

**2.3 –** Il Prestatore è tenuto a garantire la qualità delle prestazioni rese, nonché tutti gli impegni assunti con la sottoscrizione della Convezione / Patto di Accreditamento.

Al fine di consentire il recupero delle prestazioni eventualmente non fruite dal Beneficiario, il Prestatore accreditato / convenzionato dovrà trasmettere al Consorzio Sociale entro il giorno 7 di ogni mese,  
il Registro mensile delle prestazioni erogate nel mese precedente, che riporti:

1. Tipologia di prestazione;
2. Nome e qualifica dell’operatore preposto;
3. Data;
4. Orario di inizio e fine prestazione giornaliera;
5. Ore totali mensili erogate;
6. Firma del Beneficiario;
7. Firma dell’operatore;
8. Firma del Legale Rappresentante.

**3**

**Tutela della privacy**

L’Azienda Speciale Consortile Agorà S10 tratterà i dati di cui entrerà in possesso esclusivamente per  
le finalità attinenti il presente procedimento e nel rispetto del D.Lgs n. 196/2003 *“Codice in materia  
di protezione dei dati personali”*, come modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018  
*“Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE)  
2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle  
persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali  
dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.*Il titolare del trattamento è il Direttore Generale dell’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10”.

**4**

**Accettazione del *voucher HCP***

**Questo atto consta di n. 4 pagine e viene letto dalle parti le quali, avendolo riconosciuto conforme alla loro volontà espressamente lo approvano, lo sottoscrivono nell’ultima pagina apponendo le prescritte firme marginali sulle restanti.**

Letto, confermato e sottoscritto il -------------

Palomonte

Il Beneficiario / Responsabile del programma

*(firma)*

Il Direttore Generale Il Legale Rappresentante

Consorzio Sociale “Agorà S10” Soggetto Prestatore

*(timbro e firma) (timbro e firma)*