

PATTO DI ACCREDITAMENTO PER L' EROGAZIONE DEL SERVIZIO CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER DISABILI TRA AMBITO TERRITORIALE C10 - COMUNE DI MONDRAGONE CAPOFILA, ENTE EROGATORE E BENEFICIARIO DEL SERVIZIO

Tra le parti di seguito indicate:

il/la sig./ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ recapito telefonico _____

in qualità di :

- Beneficiario**
- Amministratore di sostegno/tutore/delegato del beneficiario**
Beneficiario disabile

❖ **dati del beneficiario** (da compilarsi solo nei casi in cui sia l'amministratore di sostegno, il tutore o delegato del beneficiario alla firma del patto)

il/la sig./ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ recapito telefonico _____

E

Ambito Territoriale C10-Comune di Mondragone rappresentato da:

Coordinatore dell'Ufficio di Piano – Ambito Territoriale C10, comune capofila Mondragone (CE)
dott.ssa _____

Assistente Sociale (case manager) dott./dott.ssa _____

E

Soggetto Erogatore del servizio

_____ con sede _____

Via _____ nr _____ P.Iva _____

Rappresentante legale _____

Iscrizione catalogo Enti Accreditati _____ (ai sensi del Regolamento Regionale n. 4 del 7.4.2014 - pubblicato sul BURC n. 28 del 28.4.2014 - nonché ai sensi del Regolamento Comunale giusta Delibera di Coordinamento Istituzionale n.3 del 26/10/2018 che disciplina la procedura per l'applicazione del Regolamento Regionale N.4 del 07/04/2014), Autorizzazione e Accredimento all'Ambito C10 con provvedimento _____

PREMESSOCHE

- Il presente patto è lo strumento attraverso il quale l'Ambito Territoriale C10 - Comune di Mondragone Capofila intende definire i rapporti giuridici ed economici con l'Ente fornitore/accreditato e il cittadino beneficiario al fine di erogare il servizio Centro Polifunzionale sociale per disabili;

- Il patto di accreditamento impegna il cittadino, beneficiario delle prestazioni, al versamento dell'eventuale quota di compartecipazione sul costo sociale della prestazione all'Ente erogatore"
- L'Ente Erogatore si impegna a garantire la permanenza dei requisiti ai sensi dell'art. 80 D.lgsn° 50/2016 e successive modifiche;
- L'Ente Erogatore si impegna a garantire regolarmente i pagamenti agli operatori aventi diritto, anche con riferimento ai contributi assistenziali e previdenziali e quant'altro previsto dalle vigenti disposizioni in materia;
- L'Ente erogatore si impegna a dotarsi di idoneo contratto assicurativo di Responsabilità Civile, esonerando il Comune di Mondragone, quale Comune Capofila Ambito C10 da ogni responsabilità per eventuali danni a utenti o a terzi derivanti dall'espletamento del servizio;
- L'Ente Erogatore del servizio dovrà inviare entro 5 gg del mese di erogazione del Servizio a mezzo pec all'indirizzo protocollo@pec.comunemondragone.ce.it l'elenco nominale dei beneficiari con il riepilogativo dei giorni/ore del servizio reso e fatturare mensilmente entro 10 gg dall'invio del riepilogativo dei giorni/ore, l'importo delle prestazioni erogate al beneficiario/utente;
- Il presente patto è stipulato sulla base di un progetto personalizzato (PAI);
- Il Soggetto erogatore della prestazione, si impegna a comunicare a mezzo Pec all'indirizzo di posta elettronica certificata protocollo@pec.comune.mondragone.ce.it la data di avvio del servizio;
- L'integrità del progetto personalizzato, redatto in relazione alle esigenze e agli interventi programmati per ogni singolo beneficiario deve essere rispettata, sia dal fornitore, che dall'utente. Qualora l'utente rilevi che il servizio erogato non sia conforme al progetto personalizzato di assistenza e/o agli standard previsti, deve inoltrare tempestiva segnalazione per iscritto all'Assistente sociale (case manager), al coordinatore dell'Ufficio di Piano che valuteranno tale segnalazione.

Viene data facoltà al beneficiario, previa verifica della motivazione da parte dell'Ufficio Competente, di scegliere un altro dei fornitori tra quelli iscritti al catalogo dei soggetti accreditati dall'Ambito C10;

In relazione all'intervento è riconosciuta la possibilità al beneficiario del servizio, la più ampia ed autonoma facoltà di risoluzione del presente Patto prima della scadenza, attraverso formale rinuncia, da inoltrare all'Ufficio di Piano dell'Ambito C10;

- Il soggetto erogatore può introdurre, in riferimento all'intervento, autorizzato dal servizio Sociale e senza alcun costo aggiuntivo a carico del Comune, né del beneficiario, ulteriori elementi migliorativi della qualità del progetto assistenziale, previa comunicazione e autorizzazione del Responsabile del Procedimento;
- Nel caso di cancellazione del soggetto erogatore dalla lista dei soggetti accreditati, l'utente beneficiario riceverà tempestiva comunicazione da parte dell'Ufficio Servizi Sociali professionali al fine di consentire allo stesso la scelta di un nuovo Soggetto erogatore, per la prosecuzione dell'intervento;

CONSIDERATO CHE

- Il presente patto costituisce titolo necessario ed appropriato per la fruizione del servizio;
- L'utente e anche tutti gli altri firmatari hanno preso visione del contenuto, accettato e sottoscritto le condizioni generali relative al servizio del Centro sociale polifunzionale per disabili, definito dal Progetto Personalizzato;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

ART. 1: OGGETTO DELL'INTERVENTO

1.1. Il/La Sig./Sig.ra _____ a seguito di formale domanda inoltrata al protocollo dell'Ente in data _____ al n° _____.

1.2. L'assistente sociale professionale, rilevato il bisogno dell'attivazione del servizio di assistenza presso il Centro Sociale Polifunzionale stabilisce quanto segue:

numero _____ accessi settimanali _____

ART. 2: DURATA

2. Il presente patto avrà validità a partire dalla data di sottoscrizione fino al _____

ART. 3: FORNITORE DEL SERVIZIO ACCREDITATO SCELTO DALL'UTENTE

3.1. _____ con sede _____

_____ Via _____

nr _____ P.Iva _____

Rappresentante legale _____ nato
a _____ il _____ CF _____

ART. 4: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL CENTRO SOCIALE POLIFUNZIONALE PER DISABILI.

4.1. Le modalità del Servizio sono rinviate a quanto definito nel PAI.

ART. 5: COSTO DELLE PRESTAZIONI SOCIALE

5.1. Il costo della prestazione del presente patto è di € _____ Iva esclusa (_____ euro) giusta D.G.R.C n. 372 del 07/08/2015.

5.2. Il costo della quota a carico dell'Ambito N. 10 – Comune di Mondragone Capofila è di € _____ (_____ euro) Iva esclusa, quale differenza tra il costo orario della prestazione Iva inclusa e l'eventuale quota di compartecipazione del cittadino;

5.3. L'importo della quota di compartecipazione al costo sociale della prestazione erogata, a carico del beneficiario è di € _____ iva escluso ai sensi del regolamento in materia di compartecipazione, da versare con cadenza mensile (entro la prima decade del mese successivo) all'Ente erogatore.

In caso di inottemperanza del pagamento delle quote, l'utente sarà invitato ad adempiere agli obblighi di liquidazione dell'importo dovuto entro quindici giorni della ricezione della lettera di sollecito; il mancato pagamento comporterà la sospensione del servizio e l'Ente erogatore adotterà i successivi provvedimenti.

5.4. L'ente Fornitore del servizio dovrà fatturare mensilmente l'importo delle prestazioni erogate al beneficiario/utente al netto della quota di compartecipazione, allegando copia del foglio firma attestante le ore svolte dall'operatore controfirmato dall'utente/beneficiario, pena il respingimento delle fatture.

L'ente fornitore dichiara di aver preso visione dell'Avviso approvato con determina n. _____ e di accettare le condizioni.

ART. 6: SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

6.1. Il presente contratto di servizio a cui si allega il progetto personalizzato, viene redatto in triplice copiadati cui, una sarà depositata agli atti dell'ufficio di piano dell'Ambito C10, le altre trasmesse a cura di quest'ultimo, al beneficiario dell'intervento e al soggetto scelto dal beneficiario o tutore/delegato per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

ART. 8: TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

8.1. l'utente e/o la persona delegata autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs n° 196/2013 e Regolamento UE 679/2016.

Per quanto non riportato nel presente contratto di servizio si fa riferimento alla normativa vigente in materia. Letto, accettato e sottoscritto:

Beneficiario/ Amministratore di sostegno/ tutore /delegato

Coordinatore dell'ufficio di Piano – AT C10 – Comune capofila Mondragone (CE)

Assistente Sociale Ambito Territoriale C10_____

Ente Accreditato _____

Mondragone _____