

Allegato 5 - Contratto per l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare

L'anno _____ il giorno _____ del mese _____, presso

tra

il/la sig./sig.ra _____ nata a _____ il _____ residente in
_____ (____) Via _____ n. _____ Codice Fiscale
_____ in qualità di (*barrare la casella che rileva*):

- diretto interessato
- tutore/amministratore di sostegno di _____ (nome e cognome del beneficiario)
nato a _____ il _____ residente in _____ (____) Via _____ n. _____
- familiare di _____ (nome e cognome del beneficiario) nato
a _____ il _____ residente in _____ (____) Via _____ n. _____
(d'ora in poi *Beneficiario*)

e

_____, con sede legale in _____ (____) Via _____ n. _____
Codice Fiscale/Partita IVA _____ rappresentato da _____, in qualità di
_____ nato/a a _____ (____) il _____, residente
in _____ (____) Via _____ n. _____ Pec
_____ email _____ Tel.
_____ (d'ora in poi *Soggetto Accreditato*)

PREMESSO CHE

- il soggetto accreditato è iscritto all'Albo dei soggetti accreditati del Comune di Potenza per l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale e/o educativa riferiti alla/e seguenti sezioni (*barrare la sezione/le sezioni che rilevano*):
 - SEZIONE A – MINORI
 - SEZIONE B – ANZIANI

- SEZIONE C – DISABILI

- SEZIONE D – PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE-P.I.P.P.I. per gli ambiti territoriali (*barrare le caselle che rilevano*):
 - ATS CITTÀ DI POTENZA (CODICE 17-202004142233183)
 - ATS MARMO-PLATANO-MELANDRO (CODICE 17-202004142232287)

- SEZIONE E – DIMISSIONI PROTETTE per gli ambiti territoriali (*barrare le caselle che rilevano*):
 - ATS CITTÀ DI POTENZA (CODICE 17-202004142233183)
 - ATS MARMO-PLATANO-MELANDRO (CODICE 17-202004142232287)
 - ATS ALTO BASENTO (CODICE 17-202004142255360)
 - ATS VULTURE ALTO BRADANO (CODICE 17-202004142249046)
 - ATS LAGONEGRESE POLLINO (CODICE 17-202004142230627)

tanto premesso, si conviene e stipula quanto segue

1. Il soggetto accreditato si impegna a fornire al beneficiario le prestazioni degli interventi/servizi domiciliari indicati nel piano individualizzato attraverso l'impiego delle seguenti figure professionali:

Il soggetto accreditato, premesso che dichiara di conoscere ed accettare incondizionatamente, in forza della condizione di soggetto iscritto all'Albo dei soggetti accreditati, tutte le prescrizioni, obblighi, oneri e vincoli, del Patto di Accreditamento sottoscritto con il Comune di Potenza e in tutti i documenti in esso richiamati, che si intendono qui interamente richiamati quale parte integrante e sostanziale del presente accordo, si impegna ed obbliga a fornire gli interventi di cui al progetto individualizzato e nel

voucher emesso dal Comune di Potenza a favore del beneficiario, in particolare:

- ad erogare gli interventi nel rispetto delle fasce orarie individuate nel luogo, giorno, ora e modalità indicati nel Progetto Individualizzato e per la durata prevista;
- a garantire, nei limiti del possibile, la continuità soggettiva del personale impiegato negli interventi socio-assistenziali e/o socio-educativi;
- ad informare il beneficiario della prestazione con un preavviso di almeno 30 giorni qualora intenda recedere dall'accreditamento;
- a garantire, nell'ipotesi di revoca dell' "accreditamento", lo svolgimento degli interventi di cui al presente contratto per i 30 giorni successivi al ricevimento della relativa comunicazione da parte del Comune di Potenza.

2. Il beneficiario, o chi sottoscrive il presente contratto, si obbliga:

- a dare comunicazione al soggetto accreditato e al servizio sociale referente della necessità di una sospensione dell'intervento/servizio entro le 24 ore antecedenti. Per questo periodo di interventi non resi, nessun corrispettivo spetta al soggetto accreditato. Nel caso in cui non venga rispettato il termine sopraindicato, il beneficiario, o chi sottoscrive il presente contratto, si fa carico del pagamento della spesa degli interventi previsti e non realizzati per mancato preventivo avviso al soggetto erogatore;
- a comunicare, entro il termine di giorni 2 decorrenti dalla stipulazione del presente contratto, uno o più recapiti telefonici presso cui reperire i familiari o le persone alle quali il soggetto accreditato si potrà rivolgere in caso di necessità;
- a non richiedere l'erogazione di servizi non ricompresi nel progetto individualizzato, senza aver prima contattato il servizio sociale di riferimento;
- qualora il beneficiario rilevi che la qualità/quantità del servizio acquistato non sia conforme con quanto previsto dal voucher sociale assegnatogli e/o agli standard previsti, può inoltrare tempestiva segnalazione al Comune di Potenza e/o al servizio sociale professionale competente per la residenza del beneficiario, che procede alla valutazione di eventuali contestazioni al soggetto accreditato.

3. Il soggetto accreditato, nei casi in cui il personale addetto, presentandosi a casa del beneficiario, secondo il progetto degli interventi assistenziali/educativi concordati, ne rilevi l'assenza, si obbliga **ad informare immediatamente il servizio sociale referente, che si attiverà per verificare i motivi di tale assenza e dell'impedimento all'attuazione degli interventi previsti.** In caso di omessa comunicazione al servizio

sociale dell'assenza dall'abitazione del beneficiario, il soggetto accreditato non ha il diritto al pagamento da parte del Comune degli interventi non resi per la quota a carico di quest'ultimo.

4. Il presente contratto decorre dalla data della sua sottoscrizione ed ha la durata indicata nel voucher di attivazione del servizio di assistenza domiciliare. Eventuali integrazioni e/o modifiche che possono essere introdotte nel Progetto Individualizzato e dall'emissione di un nuovo voucher, comportano la sottoscrizione di un nuovo contratto. Modifiche riduttive alla durata del progetto non determinano alcun diritto per il soggetto accreditato ad ottenere risarcimenti o ristori di qualunque genere e natura.
5. Al beneficiario è riconosciuto il pieno diritto di recedere, a sua totale discrezione, in qualsiasi momento dal presente contratto con un preavviso di giorni 15 lavorativi, **mediante posta certificata (specificare PEC.....) o raccomandata (da inviare: specificare indirizzo.....) senza che il soggetto accreditato possa vantare compensi ed indennizzi di sorta.**
6. Il soggetto accreditato si impegna a trasmettere, immediatamente dopo la sottoscrizione del presente contratto, copia dello stesso al Servizio Sociale referente per gli adempimenti necessari all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare.
7. **Si allegano al presente contratto i seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante e sostanziale:**
 - a) **Progetto individualizzato;**
 - b) **Voucher erogato dal Comune di Potenza in favore del beneficiario.**
8. Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente contratto, valgono le vigenti disposizioni di legge in materia.

Letto, confermato e sottoscritto

Per il beneficiario
(ruolo del sottoscrittore)
(nome cognome)

Per il soggetto accreditato
Il Rappresentante legale
(nome cognome)



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI
Direzione generale per la lotta alla
povertà e per la programmazione sociale



CITTÀ DI POTENZA

Il sottoscritto _____ in qualità di Legale Rappresentante di _____
dichiara, ai sensi dell'art. 1341 del C.C., di accettare ed approvare gli oneri, le condizioni, gli obblighi e le
clausole onerose, previste ed indicate nel presente contratto.

Il Rappresentante legale

(nome cognome)
