

**COMUNITA' MONTANA DEI LAGHI BERGAMASCHI
 AMBITO DISTRETTUALE MONTE BRONZONE BASSO SEBINO**

**Requisiti e impegni SPECIFICI per
 accreditamento di soggetti erogatori di prestazioni
 VOUCHER AREA DISABILITA'
 per le annualità 2018-2020**

Il presente documento prevede il possesso di requisiti e l'assunzione di impegni che il soggetto che verrà accreditato dovrà impegnarsi a possedere; diverrà parte integrante del Patto di Accreditamento per i soggetti che verranno accreditati nella sezione dell'Albo specifica.

Requisiti di ordine generale.

Si veda bando di accreditamento Articolo 2

Requisiti specifici per prestazioni voucher area disabilità

| REQUISITI | CRITERI | DOCUMENTAZIONE |
|---------------------------------------|---|--|
| Capacità Economico-finanziaria | Essere in possesso e produrre almeno una referenza bancaria , con la quale un istituto bancario con cui la ditta intrattiene rapporti attestati che la stessa ha sempre fatto fronte ai propri impegni nei confronti dell'istituto con regolarità e puntualità | <i>Lettera della Banca</i> |
| Esperienza | Avere maturato esperienza almeno triennale nella gestione dei servizi di cui al presente avviso per i quali si chiede l'accREDITamento. | <i>Curriculum relativo alla precedente esperienza svolta nel settore per il quale si chiede l'accREDITamento</i> |
| Standard specifici | Essere autorizzati al funzionamento per il servizio SFA (ai sensi della DGR 7433 del 13/06/08) | <i>Autocertificazione o documentazione attestante</i> |
| Standard di qualità richiesti | Possesso di personale qualificato/titolato in relazione alla specificità delle/della prestazioni/e per le quali la ditta richiede di essere accreditata e nel rispetto delle disposizioni previste per legge. | <i>Compilazione sezione anagrafico-identificativa dell'organizzazione della domanda e documenti da allegare</i> |
| | Essere in possesso di un Piano annuale formativo di almeno 8 ore per la formazione e l'aggiornamento del coordinatore e del personale impiegato nel servizio. | <i>Allegare Piano annuale formazione del personale</i> |
| | Impegno a garantire la continuità del rapporto operatore/ utente | |
| | Impegno a predisporre per ogni singolo utente un fascicolo individuale con registrazione degli interventi | |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| | effettuati. | |
| | Fornitura di adeguati strumenti ed ausili al personale impiegato per l'espletamento delle mansioni, nonché per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali | |
| | Essere dotato di sede operativa idonea nel territorio del Basso Sebino dove accogliere attività previste dai progetti individualizzati (laboratori, momenti animativi, laboratori potenziamento competenze, esperienze accoglienza, interventi autonomia,...) | <i>Compilazione sezione anagrafico-identificativa dell'organizzazione della domanda e documenti da allegare</i> |
| | Fornire alla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Ambito distrettuale Monte Bronzone Basso Sebino, adeguato materiale informativo da consegnare agli utenti per la scelta del soggetto accreditato. | <i>Chiara e sintetica descrizione dell'ente e dei servizi offerti nell'ambito delle prestazioni previsti nell'avviso</i> |
| | Ottemperare al debito informativo rispettando le modalità e scadenze stabilite dalla CMLB - Ambito Basso Sebino e dai Comuni. Ogni soggetto accreditato si doterà pertanto di un sistema informatico che permetta di semplificare ed ottimizzare la comunicazione con la CMLB – Ambito Basso Sebino e/o i Comuni, relativamente alla gestione e rendicontazione dei dati inerenti: l'utenza in carico, i voucher realizzati, le prestazioni erogate, le verifiche e controlli relativi alle prestazioni erogate. | |
| Impegni amministrativi | <ol style="list-style-type: none"> 1. trasmettere almeno trimestralmente le fatture relative ai voucher erogati. A corredo delle singole fatture l'organizzazione documenterà mensilmente le prestazioni effettuate, secondo le modalità concordate con l'Ambito; 2. rendicontare con fatture separate gli interventi dei voucher SFA- PMT imputabili a finanziamenti Regionali Reddito di autonomia | |

Per accettazione

Il Legale Rappresentante

(timbro e firma)

.....