

SCRITTURA PRIVATA

CONTRATTO PER LA FORNITURA DI INTERVENTI / SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANCHE SOCIO SANITARIA INTEGRATA ED EDUCATIVA E AIUTO PERSONALE IN FAVORE DI ADULTI, ANZIANI DISABILI ANCHE MINORI ED UTENTI AFFETTI DA PATOLOGIA PSICHIATRICA

Addì, _____, in Andria

Tra

Il Sig _____ nato a _____ Il _____,
residente in Andria alla via _____ n. _____
C.F. _____

In qualità di :

- assistito

tutore dell' assistito : nome _____ cognome _____ data di nascita _____

genitore dell' assistito: nome _____ cognome _____ data di nascita _____

Valutato, dal Servizio Pubblico, idoneo alla fruizione del seguente servizio:

- | | | | | |
|--------------------------|--|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA | <input type="checkbox"/> 1° L | <input type="checkbox"/> 2° L | <input type="checkbox"/> 3° L |
| <input type="checkbox"/> | B. ASSISTENZA DOMICILIARE | <input type="checkbox"/> CURA AMBIENTE DI VITA | <input type="checkbox"/> CURA DELLA PERSONA | |
| <input type="checkbox"/> | C. ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA | | | |
| <input type="checkbox"/> | D. AIUTO PERSONALE | | | |
| <input type="checkbox"/> | E. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA/CURE DOMICILIARI INTEGRATE FONDI PAC | | | |
| <input type="checkbox"/> | F. ASSISTENZA DOMICILIARE SAD A VALERE SU FONDI PAC | | | |
| <input type="checkbox"/> | G. SERVIZI DOMICILIARI FONDO POVERTA' | | | |
| <input type="checkbox"/> | H. SERVIZI EDUCATIVI , DI AIUTO PERSONALE ,CUSTODIA SOCIALE FONDO POVERTA' | | | |
| <input type="checkbox"/> | I. INTEGRAZIONE SCOLASTICA FONDO POVERTA' | | | |
| <input type="checkbox"/> | L. IASSISTENZA DOMICILIARE PSICHIATRICA | | | |

E

la _____, in persona del legale rappresentante pro tempore Sig. _____ con sede in _____ alla via _____ P.I. _____ iscritta all'Albo dei Soggetti Qualificati all'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare anche integrata in favore di anziani disabili e pazienti psichiatrici , giusto atto amministrativo n. _____ del _____

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

ART 1

La _____ di seguito indicata anche semplicemente ditta fornitrice, si impegna a fornire al Sig. _____ gli Interventi/Servizi di Assistenza Domiciliare anche Socio Sanitaria Integrata ed Educativa e Aiuto Personale analiticamente indicati nel progetto assistenziale individuale/progetto personalizzato rilasciato dal Settore Socio Sanitario del Comune di Andria in data _____ al costo a fianco di ciascuna prestazione espressamente indicato nel Progetto stesso che si allega al presente contratto per farne parte integrale e sostanziale.

La citata ditta fornitrice si impegna, inoltre, ad erogare le seguenti ulteriori prestazioni senza alcun compenso aggiuntivo a carico del Comune di Andria , rispetto a quello sopraindicato:

1. _____
2. _____
3. _____

ART 2

L'O.E. qualificato, premesso che dichiara di conoscere ed accettare incondizionatamente, in forza della condizione di soggetto iscritto all'Albo dei Soggetti Qualificati del Comune di Andria, tutte le prescrizioni, obblighi, oneri e vincoli esplicitati nella disciplina emanata dal Comune di Andria per regolare il nuovo modello gestionale del Servizio di Assistenza Domiciliare anche socio sanitario integrato ed Educativo e Aiuto Personale in favore di persone adulte, anziane e minori/adulti disabili e cittadini affetti da patologia psichiatrica, si impegna ed obbliga a fornire le prestazioni di cui all'art 1 del presente contratto con l'osservanza puntuale delle prescrizioni, oneri e comportamenti previsti nel citato documento ed in particolare:

1. ad erogare le prestazioni individuate dal Comune di Andria nel progetto socio sanitario personalizzato nel luogo, giorni ed ore di seguito indicati:

GIORNI	PRESTAZIONI	ORE	LUOGO
Lunedì			
Martedì			

Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			
Domenica			

2. a garantire, nei limiti del possibile, la continuità soggettiva del personale addetto all'espletamento del servizio;
3. a garantire adeguate modalità di identificazione del personale addetto al servizio;
4. a vietare al proprio personale di richiedere/accettare compensi di qualsiasi natura dal soggetto assistito;
5. a garantire, nell'ipotesi di perdita dell'iscrizione all'Albo dei Soggetti Qualificati, lo svolgimento delle prestazioni di cui al presente contratto per i 15 giorni successivi al ricevimento della relativa comunicazione da parte del Comune di Andria ;
4. a rispettare integralmente e puntualmente le prescrizioni, gli obblighi prescritti nei confronti dell'utenza e del Comune di Andria;
5. a documentare l'avvenuta erogazione degli interventi/servizi per mezzo di un prospetto analitico, mensile degli interventi/servizi autorizzati, effettivamente prestati sottoscritti dal cittadino/utente o dai suoi familiari. Il prospetto deve essere controfirmato dalla ditta fornitrice;
6. ad informare immediatamente, anche telefonicamente, il Servizio Sociale, nei casi in cui il personale addetto, presentandosi in casa dell'utente, ne rilevi l'assenza. In caso di omessa comunicazione dell'assenza rilevata, non si avrà diritto al pagamento delle prestazioni non rese.

ART 3

il Sig. _____ si obbliga:

1. a dare comunicazione all'L'O.E. qualificato della sospensione momentanea delle prestazioni dell'intervento/i del servizio/i entro e non oltre le ore 7.00 del giorno stesso di sospensione. Nel caso in cui la famiglia non rispetti il termine sopraindicato, l'utente si dovrà far carico esso stesso del pagamento della quota parte di spesa degli interventi previsti e non realizzati, per mancato preventivo avviso al fornitore;
2. a dare comunicazione al Servizio Sociale del Comune di Andria, dell'interruzione del Servizio e la durata presunta della stessa per i casi di eventi imprevisti e/o di ricoveri ospedalieri non programmati. Il Servizio Sociale darà comunicazione alla ditta fornitrice alla quale non spetta alcun corrispettivo per questo periodo di prestazioni non rese.

Il Sig. _____ tenuto a compartecipare alla spesa del servizio, si impegna a corrispondere direttamente al fornitore la quota di spesa a proprio carico relativa agli interventi autorizzati nel progetto personalizzato.

ART 4

L'O.E. Qualificato, nei casi in cui il personale addetto, presentandosi a casa del cittadino/utente, secondo il progetto degli interventi concordati, ne rilevi l'assenza, si obbliga ad informare immediatamente, anche telefonicamente, il Servizio Sociale, 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 cittadino/utente, L'O.E. qualificato non ha diritto al pagamento delle prestazioni non rese.

ART 5

Il presente Contratto, decorrente dal _____, ha la medesima durata di cui al Progetto Assistenziale Individuale/Progetto Personalizzato rilasciato dall'Amministrazione Comunale in data _____, salvo proroghe, integrazioni o modifiche che possono essere introdotte e comunicate dal Servizio Sociale del Comune.

ART 7

Al Sig. _____ è riconosciuto il pieno diritto di recedere, a sua totale discrezione, in qualsiasi momento dal presente contratto con un preavviso di giorni 7 lavorativi, senza che la Ditta fornitrice possa vantare compensi ed indennizzi di sorta. Nessun diritto di recesso è riconosciuto alla ditta fornitrice.

ART 8

L'O.E. Qualificato si impegna a trasmettere, immediatamente, dopo la sottoscrizione del presente contratto, copia dello stesso al Servizio Sociale Comunale.

ART 9

L'O.E. Qualificato, di seguito individua il personale che salvo sostituzioni temporanee è preposto alla realizzazione del PAI

Nome _____	Cognome _____	data di nascita _____	residente in _____
_____ In Via _____			
operatore/operatrice preposto alla realizzazione del servizio in qualità di :			
<input type="checkbox"/> Assistente Familiare	inquadramento contrattuale di riferimento	B1 CCNL Coop Soc	
<input type="checkbox"/> O.S.S.	Inquadramento contrattuale di riferimento	C2 CCNL Coop Soc	
<input type="checkbox"/> Educatore Professionale	Inquadramento contrattuale di riferimento	D2 CCNL Coop Soc	
Allegare il contratto curriculum vitae dell'operatore			

Visto per presa visione del Coordinatore del Servizio
nome _____ cognome _____ data di nascita _____
Firma Coordinatore _____

ART 10

Il presente atto ha natura giuridica di scrittura privata, per quanto non previsto si richiama espressamente quanto statuito in sede di progetto organizzativo del servizio di assistenza domiciliare

Letto firmato e sottoscritto

- per il cittadino utente _____
- Il legale Rappresentante dell'O.E _____

Andria, _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 C.C. Il cittadino/utente dichiara di accettare ed approvare gli oneri, le condizioni, gli obblighi e le clausole onerose, previste ed indicate nel presente Contratto e specificatamente all'art 3.

Letto firmato e sottoscritto

- per il cittadino utente _____