

Codice A1414C

D.D. 11 novembre 2020, n. 1348

APPROVAZIONE MODELLO RICHIESTA RIMBORSO DEI MAGGIORI ONERI PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE E SANITARIE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, DISABILI, MINORI, DIPENDENZE PATOLOGICHE E PATOLOGIE PSICHIATRICHE.



ATTO DD 1348/A1400A/2020

DEL 11/11/2020

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400A - SANITA' E WELFARE**

OGGETTO: APPROVAZIONE MODELLO RICHIESTA RIMBORSO DEI MAGGIORI ONERI PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE E SANITARIE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, DISABILI, MINORI, DIPENDENZE PATOLOGICHE E PATOLOGIE PSICHIATRICHE.

Vista la DGR n. 1-2252 del 10 novembre 2020 ad oggetto: *“Rimborso dei maggiori oneri per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche e patologie psichiatriche.”*

Atteso che essa:

- prevede il rimborso dei costi sostenuti per i DPI direttamente acquistati dai gestori delle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie per anziani, disabili, minori, persone affette da dipendenze patologiche e patologie psichiatriche o dalle imprese sociali (rientranti tra gli Enti del Terzo Settore ai sensi dell’art. 4 del D.lg.vo 117/2017) che gestiscono in appalto servizi erogati da personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario presso dette strutture;
- tale rimborso può avvenire con riguardo alle attività svolte a favore degli ospiti in convenzione e negli importi massimi per giornata assistenziale definiti nell’allegato 1 alla suddetta DGR;
- il rimborso si riferisce al periodo dal 21/02/2020-31/12/2020;
- le modalità con cui lo stesso deve essere effettuato trovano disciplina nell’allegato 2 alla suddetta DGR;
- il rimborso è concesso in due tranche:
 1. una prima con riguardo al periodo 21/02/2020 – 30/09/2020
 2. una seconda con riguardo al periodo 01/10/2020 - 31/12/2020;
- i termini per la presentazione delle domande di rimborso sono fissati entro il 25/11/2020, con riguardo alla prima tranche, ed entro il 20/01/2021, con riguardo alla seconda tranche;

- Il punto 5 dell'innanzi richiamato allegato 2, in particolare, così reca: “*La domanda di rimborso deve essere presentata via PEC all'ASL territorialmente competente (l'ASL sul cui territorio insiste la struttura), avvalendosi, pena inammissibilità, dei modelli che saranno approvati con Determina Dirigenziale del settore competente.*”

Ritenuto di dover provvedere all'approvazione del fac-simile di “domanda di rimborso” di cui sopra si è detto perché i beneficiari del provvedimento giuntale in argomento possano procedere nei tempi previsti alla formulazione delle relative richieste di rimborso;

Tutto ciò premesso,

attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Richiamata la L.R. n. 23/2008 s.m.i. Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale;

determina

1. di approvare, per i motivi indicati in premessa, in attuazione di quanto previsto al punto 5 dell'allegato 2 alla DGR n. 1-2252 del 10 novembre 2020, il fac-simile di domanda per il rimborso dei costi sostenuti per i DPI direttamente acquistati dai gestori delle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie per anziani, disabili, minori, persone affette da dipendenze patologiche e patologie psichiatriche o dalle imprese sociali (rientranti tra gli Enti del Terzo Settore ai sensi dell'art. 4 del D.lg.vo 117/2017) che gestiscono in appalto servizi erogati da personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario presso dette strutture.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 “Pubblicità degli atti amministrativi” dello Statuto e dell'art. 5 “Contenuto del Bollettino Ufficiale telematico” della l.r. 22/2010.

La Dirigente del Settore A1414C
Dr.ssa Tiziana Rossini

IL DIRETTORE (A1400A - SANITA' E WELFARE)
Firmato digitalmente da Fabio Aimar

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. Fac_simile_domanda_rimborso_DPI.pdf

Allegato 

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

DOMANDA DI RIMBORSO DELL'IMPRESA**1. DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA**

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Tipo di struttura:		Area funzionale*:	
Denominazione struttura:			
Indirizzo struttura:			
CAP:	Comune:		Provincia:

* SPECIFICARE SE: anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche

2. DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA RICHIEDENTE

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Denominazione:			
Forma giuridica:			
Forma giuridica (classificazione Istat) ¹ :			
Codice attività prevalente:			
Indirizzo PEC (come risultante dal Registro delle imprese):			
Sede legale richiedente (via/corso/piazza):			
CAP:	Comune:		Provincia:

¹ Dato da inserire solo nel caso in cui la classificazione ISTAT sia diversa da quella del Registro imprese

3. DATI RELATIVI AL FIRMATARIO

Cognome:		Nome:	
Provincia di nascita:			
Comune (o Stato estero) di nascita:			
Data di nascita:		Codice fiscale:	
Tel:	Cellulare:	Email:	

Il/La sottoscritto/a, in qualità di

- rappresentante legale dell'impresa
- delegato con poteri di rappresentanza dell'impresa

consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR N. 445/2000

CHE L'IMPRESA RICHIEDENTE

- è iscritta nel Registro delle imprese dal gg/mm/aaaa (sezione di iscrizione "imprese sociali") ed è regolarmente costituita con atto del gg/mm/aaaa, risulta, inoltre, in stato di attività;
 - ha sede principale o secondaria sul territorio nazionale;
 - è nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in liquidazione volontaria e non è sottoposta a procedure concorsuali con finalità liquidatoria;
- gestisce la struttura a cui si riferisce la presente richiesta

oppure

- gestisce in appalto i servizi assistenziali di supporto alla struttura a cui fa riferimento la presente richiesta

DICHIARA INOLTRE CHE

- i DPI oggetto della presente domanda di rimborso rispettano tutti i requisiti di sicurezza di cui alla vigente normativa;
- le spese oggetto della presente domanda di rimborso non sono oggetto di forme di rimborso o remunerazione ulteriori e diverse dagli sgravi contributivi ex art. 125 del D.L. 34/2020 legge di conversione 77/2020 ovvero dai rimborsi ottenuti ex art. 43, comma 1, del DL 18/2020, legge di conversione 27/2020;
- l'importo del beneficio contributivo ottenuto dall'Agenzia delle Entrate
 - è stato di € _____, in sede di liquidazione della prima tranches dovrà essere dichiarato il contributo ottenuto ex art. 125 del D.L. 34/2020, legge di conversione 77/2020,
 - è stato di € _____, in sede di liquidazione della seconda tranches dovrà essere dichiarato il contributo aggiuntivo ottenuto in seguito alla rideterminazione delle risorse destinate al credito d'imposta per la sanificazione e l'acquisto di dispositivi di protezione ex art. 31, comma 4 ter, del D.L. 104/2020 legge di conversione 126/2020
- il valore del rimborso per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale ottenuto dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. – Invitalia, ex art. 43, comma 1, del DL 18/2020, legge di conversione 27/2020, è stato di € _____
- di avere presentato istanza di rimborso anche alle AA.SS.LL. di _____.

N.B. Nel caso in cui l'istanza di rimborso sia stata presentata dall'Impresa a più AA.SS.LL. l'importo corrispondente ai benefici già ottenuti dall'Agenzia delle Entrate e da Invitalia sarà dedotto dall'ASL tenuta al rimborso dell'importo più elevato.

- i dati, di cui si trasmette in allegato evidenza documentale, indicati nelle tabelle n. 1 e n. 2, allegate anch'esse alla presente richiesta di rimborso, sono conformi alla documentazione di spesa conservata in originale presso la sede legale/sede amministrativa/unità produttiva dell'impresa al seguente indirizzo _____;
- le spese oggetto della presente domanda di rimborso sono riferite a fatture che risultano pagate a saldo alla data del gg/mm/aaaa², attraverso conti correnti intestati all'impresa e con modalità che consentono la piena tracciabilità del pagamento e l'immediata riconducibilità dello stesso alla relativa fattura;
- i titoli di spesa oggetto della presente domanda di rimborso sono fiscalmente regolari;
- di avere preso visione dell' "Informativa sul trattamento dei dati personali", pubblicata nell'apposita sezione privacy del sito web dell'A.S.L., ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.;
- di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

CHIEDE

² Inserire la data dell'ultimo pagamento effettuato con riferimento all'acquisto dei DPI per cui si presenta domanda di rimborso.

- il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di DPI, per un importo di euro _____;
- che detto rimborso venga accreditato sul conto corrente:

Intestato a ³ :	
presso la Banca:	
Agenzia n.:	di:
via e n. civ.:	
IBAN:	

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

ALLEGATI

- tabelle 1 e 2, debitamente compilate, datate e sottoscritte con firma digitale od autografa del richiedente
- documentazione di spesa (fatture relative agli acquisti di DPI e relative evidenze di pagamento)
- copia della richiesta presentata all'Agenzia delle Entrate per la concessione del contributo fiscale e copia del riscontro dell'Agenzia delle entrate recante l'ammontare del credito concesso
- copia della richiesta presentata ad INVITALIA per la concessione del rimborso DPI e copia del riscontro di INVITALIA recante l'ammontare del rimborso concesso
- copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità, in caso di sottoscrizione autografa
- dichiarazione del legale rappresentante della struttura che attesta la condizione dell'impresa richiedente di fornitore dei servizi di assistenza (erogati per il tramite di personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario), nel caso in cui la gestione degli stessi sia stata appaltata.

³ Il conto corrente indicato ai fini dell'accredito del rimborso per le spese sostenute deve essere intestato all'impresa.

DATI RIEPILOGATIVI RELATIVI AL RIMBORSO PER L'ACQUISTO DEI DPI

ELENCO DEI DPI ACQUISTATI

 PERIODO 21/02/2020-30/09/2020 PERIODO 01/10/2020-31/12/2020

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE ACQUISTATI PERIODO 21/02/2020-30/09/2020	Numero
Mascherine chirurgiche	
Mascherine FFP1, FFP2 e FFP3	
Altre mascherine filtranti (art. 16, comma 2, del D.L. 18/2020)	
Guanti in lattice, in vinile e in nitrile	
Dispositivi per protezione oculare	
Indumenti di protezione, quali tute e/o camici	
Calzari e/o sovrascarpe	
Cuffie e/o copricapi	
Totale 1	

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

ELENCO DEI TITOLI DI SPESA

PERIODO 21/02/2020-30/09/2020

PERIODO 01/10/2020-31/12/2020

ID FAT	Denominazione fornitore	C.F. fornitore	Estremi fattura		Imponibile (in euro)	IVA (in euro)	Totale (in euro)	Imponibile per cui si richiede il rimborso (in euro)	Nel caso si sia richiesto il rimborso a più ASL compilare le colonne				
			numero	data					Imponibile per cui si è richiesto il rimborso all' ASL di _____	Imponibile per cui si è richiesto il rimborso all' ASL di _____	Imponibile per cui si è richiesto il rimborso all' ASL di _____	Imponibile per cui si è richiesto il rimborso all' ASL di _____	Imponibile per cui si è richiesto il rimborso all' ASL di _____
									(in euro)	(in euro)	(in euro)	(in euro)	(in euro)
FAT_1													
FAT_2													
FAT_3													
FAT_4													
FAT_N													
Totale2													

Luogo e data

Il Legale rappresentante/delegato

DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA CHE ATTESTA LA CONDIZIONE DI FORNITORE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA (EROGATI PER IL TRAMITE DI PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE O DI INTERESSE SANITARIO) DELL'IMPRESA RICHIEDENTE, NEL CASO IN CUI LA GESTIONE DEGLI STESSI SIA STATA APPALTATA

1. DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Tipo di struttura:		Area funzionale*:	
Denominazione struttura:			
Indirizzo struttura:			
CAP:	Comune:		Provincia:

* SPECIFICARE SE: anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche

2. DATI IDENTIFICATIVI GESTORE

Forma giuridica gestore :		
Indirizzo PEC:		
Indirizzo mail:		
Sede legale gestore (via/corso/piazza):		
CAP:	Comune:	Provincia:

3. DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA RICHIEDENTE IL RIMBORSO

Codice fiscale:	Partita IVA:	
Denominazione:		
Forma giuridica:		
Forma giuridica (classificazione Istat) ⁴ :		
Codice attività prevalente:		
Indirizzo PEC (come risultante dal Registro delle imprese):		
Sede legale richiedente (via/corso/piazza):		
CAP:	Comune:	Provincia:

4. DATI RELATIVI AL FIRMATARIO

Cognome:	Nome:	
Provincia di nascita:		
Comune (o Stato estero) di nascita:		
Data di nascita:	Codice fiscale:	
Tel:	Cellulare:	Email:

Il/La sottoscritto/a, in qualità di

- rappresentante legale della struttura
- delegato con poteri di rappresentanza della struttura,

consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

⁴ Dato da inserire solo nel caso in cui la classificazione ISTAT sia diversa da quella del Registro imprese

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR N. 445/2000

CHE L'IMPRESA RICHIEDENTE IL RIMBORSO

- è aggiudicataria della fornitura di servizi

di assistenza tutelare

di assistenza infermieristica

di educativa

di assistenza psicologica

riabilitativi

presso la struttura di cui in premessa, in virtù di contratto di appalto stipulato in data _____, a valere per il periodo dal _____ al _____, per un importo di complessivi € _____,00;

- il servizio è stato regolarmente eseguito nel periodo a cui si riferisce la richiesta di rimborso:

periodo 21/02/2020-30/09/2020

periodo 01/10/2020-31/12/2020;

- i servizi aggiudicati coprono il _____% dell'attività assistenziale prevista dai requisiti minimi gestionali.

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

ALLEGATI

- copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità, in caso di sottoscrizione autografa