

DOMANDA D'ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE DA E PER I CENTRI DI RIABILITAZIONE
DESTINATO A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

AL COMUNE DI ANDRIA
Settore Socio Sanitario
Palazzo degli Uffici P.zza Trieste e
Trento
76123 A N D R I A (BA)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) Il ____/____/____

residente nel Comune di _____ In Via _____ n. _____

tel. _____ Cod. Fisc. _____

A titolo personale ovvero in qualità di :

- genitore
- tutore
- parente o affine

della persona di seguito generalizzata (DESTINATARIO DEL SERVIZIO):

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cod. Fisc. _____

CHIEDE

Di accedere al servizio di TRASPORTO INDIVIDUALE DESTINATO A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI DA E PER I CENTRI DI RIABILITAZIONE accreditato con la ASL per:

- trasporto dalla propria abitazione al centro di riabilitazione
- trasporto dal centro di riabilitazione alla propria abitazione

A tal fine, il sottoscritto, nella spiegata qualità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 5, 46 e 47 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

di dover sottoporsi a trattamenti riabilitativi di carattere: ambulatoriale semiresidenziale

presso: _____

dalle ore _____ alle ore _____

nei giorni di _____

- di non essere in possesso di mezzo proprio di trasporto privato;

- che i propri familiari e conviventi sono impossibilitati ad effettuare il trasporto con mezzi propri;
- di utilizzare la carrozzina per la mobilità;
- di non utilizzare la carrozzina per la mobilità;
- di avere necessità del posto a bordo per l'accompagnatore personale;
- di non avere necessità del posto a bordo per l'accompagnatore personale;
- che il proprio nucleo familiare, relativamente all'anno _____ (si rammenta che l'anno di riferimento è quello relativo all'ultima dichiarazione dei redditi presentata) ha prodotto il seguente ISEE in corso di validità :
 - ISEE ordinario € _____
 - ISEE sociosanitario (se minore) € _____
 - ISEE sociosanitario (se anziano o disabile) € _____
- DI AVER PRESO VISIONE ED ACCETTARE LE CONDIZIONI DI COMPARTICIPAZIONE AL COSTO DEL SERVIZIO (IN ALLEGATO ALLA DOMANDA); il costo di partecipazione deve essere versato direttamente al Comune di Andria con la seguente modalità:
 Tesoreria Comunale – Intesa Sanpaolo SpA - IBAN: IT85 P030 6985 5000 0913 4274 496
 CAUSALE: VERSAMENTO QUOTA COMPARTICIPAZIONE TRASPORTO SOCIALE

ALLEGA

- a) attestazione di gravità dell'handicap, così come definito dall'art. 3 comma 3 ex Legge 104/92 o, in mancanza, di certificazione medica che attesti l'impedimento all'uso dei mezzi di trasporto pubblico;
- b) autocertificazione e/o documentazione idonea dell'interessato, dei suoi familiari o di altri conviventi tesi a giustificare l'impossibilità ad effettuare il trasporto;
- c) attestato di programma terapeutico riabilitativo, con esplicita indicazione in merito alla durata del trattamento e della modalità continuativa o ciclica;
- d) numero di DSU propedeutico al rilascio o acquisizione di ufficio dell'ISEE familiare e/o socio sanitario ristretto.
- e) copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità;

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiaro di aver compilato la presente istanza/dichiarazione e che quanto in essa espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445/2000 ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione competente.

Dichiaro altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio immobiliare.

 Luogo

 Data

 Firma dichiarante

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado al pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante (**barrare la casella se ricorre il caso**)

La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (**barrare la casella se ricorre il caso**).

Se ricorre uno dei casi suddetti ogni riferimento al "dichiarante" è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME O PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE.

Cognome _____ Nome _____

Comune o stato estero di nascita _____ Prov _____ data di nascita _____

Comune di residenza _____ Prov _____ Cap _____

Indirizzo e n. civico _____ n. Tel _____

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE

Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Gentile Utente, desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Andria e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali. In qualsiasi momento potrà esercitare tutti i suoi diritti scrivendo al Titolare del trattamento dei dati (Città di Andria - Palazzo di Città - Piazza Umberto I - 76123 Andria - (BT) - pec : protocollo@cert.comune.andria.bt.it

L'informativa estesa è disponibile sul sito istituzionale del Comune di Andria, in Amministrazione trasparente – altri contenuti privacy al seguente indirizzo: <http://www.comune.andria.bt.it/wpdmpackage/informative-privacy-settore-4/>

L'interessato esprime consenso espresso per l'utilizzo dei dati dichiarati per finalità connesse e complementari rispetto alla richiesta formalizzata, con possibilità di comunicazione degli stessi a persone fisiche o giuridiche all'uopo incaricate.

DATA

FIRMA

Paragrafo 1 OGGETTO : TRAPORTO SOCIALE DA E PER I CENTRI DI RIABILITAZIONE

Il presente disciplinare, in attuazione di quanto previsto all'art. 18 del Regolamento, è finalizzato a regolare le fattispecie di accesso, esclusione ed ammissione all'intervento, nonché a specificare le modalità di calcolo della compartecipazione economica dei cittadini ammessi all'intervento relativamente a: Trasporto sociale da e per i centri di riabilitazione.

Paragrafo 2 DEFINIZIONE

Per trasporto sociale da e per i centri di riabilitazione si intende il servizio garantito dalla ASL e compartecipato dal Comune, finalizzato al trasporto di utenti dalle proprie abitazioni ai centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 pubblici e/o accreditati con la ASL per sottoporsi a trattamenti riabilitativi di carattere ambulatoriale e/o semiresidenziale.

Paragrafo 3 - PRINCIPI GENERALI

Il presente disciplinare definisce le regole specifiche e inderogabili per accedere al servizio di trasporto.

Paragrafo 4 DESTINATARI

Sono destinatari del servizio di trasporto da e per i centri di riabilitazione i cittadini residenti nel Comune di Andria, compresi gli stranieri individuati ai sensi dell'art.41 del D. Lgs.286/1998, con disabilità motoria grave o cecità totale tali da non essere in grado di servirsi dei mezzi pubblici, titolari di piano terapeutico da realizzarsi presso centri di riabilitazione pubblici ex art. 26 L. 833/78 pubblici e/o accreditati con la ASL.

Paragrafo 5 - MODALITÀ DI ACCESSO AI SERVIZI

L'accesso al Servizio avviene come di seguito descritto:

la persona interessata o un familiare o il suo tutore presentano apposita domanda alla Porta Unica di Accesso o al servizio sociale di Ambito. La PUA provvederà alle procedure di verifica e ammissione.

Le richieste devono essere corredate di:

- a) attestazione di gravità dell'handicap, così come definito dall'art. 3 comma 3 ex Legge 104/92 o, in mancanza, di certificazione medica che attesti l'impedimento all'uso dei mezzi di trasporto pubblico;
- b) autocertificazione e/o documentazione idonea dell'interessato, dei suoi familiari o di altri conviventi tesi a giustificare l'impossibilità ad effettuare il trasporto;
- c) attestato di programma terapeutico riabilitativo, con esplicita indicazione in merito alla durata del trattamento e della modalità continuativa o ciclica;
- d) numero di DSU propedeutico al rilascio o acquisizione di ufficio dell'ISEE familiare e/o socio sanitario ristretto

L'accesso è promosso dalla ASL che organizza il trasporto mediante ditte all'uopo incaricate.

Il servizio ove riconosciuto è graduato su base semestrale salvo rinnovo.

L'intervento di cui trattasi è subordinato in termini di accesso e compartecipazione al possesso dei requisiti di cui alla successiva tabella.

L'ammissione al Servizio viene disposta compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione e previa comunicazione scritta di autorizzazione a cura dell'Ambito e del Servizio Sovradistrettuale della Riabilitazione della ASL BT, previa verifica dei requisiti di ammissibilità.

Il referente sociale dell'Ambito comunica l'ammissione al servizio mediante lettera indicante l'eventuale compartecipazione alle spese del servizio. Ai non ammessi la comunicazione sarà inoltrata attraverso Raccomandata A.R.

Agli ammessi al Servizio verrà rilasciata un'attestazione .

Paragrafo 6- DEFINIZIONE DEI CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE AL COSTO DEL SERVIZIO.

Per il servizio di trasporto l'ISEE è presupposto di accesso al servizio e parametro di calcolo della compartecipazione della spesa ex art 6 del vigente RR n. 4/2007.

Nel servizio di trasporto l'utente partecipa, in base al suo ISEE socio-sanitario, se per lui più vantaggioso, sul valore della tariffa corrispondente alla compartecipazione del Comune al costo del servizio, restando

la restante quota a carico della ASL

La quota comunque dovuta dall'assistito o dal nucleo familiare di riferimento è dallo stesso versata direttamente in favore del Comune.

Stante la vigenza e validità dell'attestazione ISEE, variabile, sulla base della normativa di riferimento e stante i tempi necessari per il rilascio della stessa, per i cittadini dotati di PAI per i quali l'intervento non si conclude al 31/12 dell'anno di riferimento ma prosegue nell'anno successivo, l'accesso al servizio e la compartecipazione allo stesso da parte dell'ente rimane congelato sino al 31/03 dell'anno successivo all'avvio del PAI, con decorrenza dal 1/04 l'ente provvederà all'aggiornamento conteggi e ove il cittadino non renda noto il nuovo numero di DSU dell'anno in corso entro il 31/03, il cittadino decade dal servizio e dovrà procedere a nuova presentazione di istanza.

Paragrafo 7 - VERIFICHE E CONTROLLI

Ogni richiesta di accesso a questo intervento è soggetta ad attività di verifica e controllo delle informazioni date rispetto ai parametri di accesso. I richiedenti che dichiarano il falso sono perseguiti secondo le disposizioni di legge in vigore.

L'amministrazione si riserva la facoltà di sospendere e/o revocare e/o recuperare i benefici concessi qualora si rilevino cambiamenti/miglioramenti di tipo fisico e sociale e di carattere socio – economico del nucleo familiare tali da incidere positivamente sulla interruzione del servizio o sul trasferimento dell'utente ad altro intervento.

Il servizio è revocato su istanza dell'Ambito in caso di mancata fruizione protratta per oltre 15 giorni e non giustificata da problematiche di tipo sanitario o in mancanza di pagamento della eventuale compartecipazione al costo del servizio per oltre 3 mesi.

Paragrafo 8 – PRIORITA' DI INTERVENTO

Ove le risorse di bilancio o i posti disponibili non fossero sufficienti alla copertura di tutte le richieste di accesso ai servizi formulate dai cittadini, il Comune provvederà a stilare graduatoria di priorità di accesso al servizio formulata come segue:

1. Condizione economica del nucleo familiare (solo ISEE ORDINARIO) max 60 punti	
Il punteggio massimo di punti 70 si attribuisce all'ISEE ordinario "0". Per gli altri valori di ISEE ordinario fino a € 40.000,00 si applica la seguente formula di attribuzione del punteggio: $60 - (\text{valore ISEE ORDINARIO} / 571,428 = \text{punteggio (da arrotondarsi alla 3^a cifra decimale)})$	
2 – Condizioni personali dell'assistito max punti 40	
Nucleo familiare composto da una sola persona (nucleo monopersonale)	p. 20
Nucleo familiare composto da anziani e/o disabili o da adulti lavoratori	p. 10
Nucleo privo di mezzi di trasporto personale e familiare o, in caso di necessità di mezzo attrezzato per gravi difficoltà motorie, accertate sulla base di dichiarazione mediche e/o verbale d'invalidità	p. 10

segue

E - TRASPORTO SOCIALE

Tipologia	Requisiti e Soglie di accesso	Soglia ISEE per esenzione e compartecipazione	Soglia ISEE per totale pagamento	ISEE Utilizzabile per il calcolo della compartecipazione	Pagamento quota fissa
E.1 Trasporto da e per centri di riabilitazione	ISEE ordinario < di € 40.000,00 ISEE socio-sanitario < di € 10.000,00 ISEE socio-sanitario < di € 20.000,00 se anziano o disabile solo		Pagamento intera retta: ISEE > di €40.000,00.		Esente
		ISEE < ad € 2.000,00			
		ISEE da € 2001 a € 5.000,00	o ISEE socio-sanitario su facoltà dell'utente		10% della restante quota sociale della tariffa
		ISEE da € 5001 a € 10.000,00		20% della restante quota sociale della tariffa	
		ISEE da € 10.001 a € 15.000,00		30% della restante quota sociale della tariffa	
		ISEE da € 15.001 a € 20.000,00		40% della restante quota sociale della tariffa	
		ISEE da € 20.001 a € 25.000,00		50% della restante quota sociale della tariffa	
		ISEE da € 25.001 a € 30.000,00		60% della restante quota sociale della tariffa	
		ISEE da € 30.001 a € 35.000,00		70% della restante quota sociale della tariffa	
		ISEE da € 35.001 a € 40.000,00		80% della restante quota sociale della tariffa	

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI IVI RIPORTATE

_____ **Luogo**

_____ **Data**

_____ **Firma dichiarante**