



# COMUNE DI MONTAGNAREALE

Citta' Metropolitana di Messina

Area Affari Generali

Ufficio Servizi Sociali

Via Vittorio Emanuele, snc - C.F.: 86000270834 - I.V.A.: 00751420837 - ☎ 0941-315252 - ✉ 0941-315235

Sito web: [www.comunedimontagnareale.it](http://www.comunedimontagnareale.it) email: [protocollo@pec.comunedimontagnareale.it](mailto:protocollo@pec.comunedimontagnareale.it)

## AVVISO PUBBLICO

**OGGETTO: PDZ 2013/2015 – AOD N.1 del Distretto Socio – Sanitario D 30 Azione 6**

**"Trasporto Sociale" Seconda Annualita'.**

**Premesso :**

che il PDZ 2013/2015 N.1 del D30, ha previsto l'azione n.6 denominata "Trasporto Sociale" che ha come obiettivo il Pronto intervento sociale per garantire il diritto alla fruizione dei servizi sanitari specialistici;

che il servizio è rivolto a soggetti diversamente abili e ai malati oncologici che effettuino cure riabilitative e/o diagnostiche presso centri;

che è prevista l'erogazione di un contributo per le spese di trasporto in favore delle famiglie, pari ad 1/5 del costo della benzina e/o gasolio per ogni chilometro effettuato in relazione alle corse chilometriche di andata e ritorno presso i centri e le strutture specialistiche dell'ASP.

L'importo non potrà superare la cifra massima di euro 80,00 al fine di poter agevolare il maggior numero di utenti. Tali contributi verranno erogati in presenza dei seguenti presupposti:

- i centri e le strutture predette non provvedano al servizio di trasporto con mezzi propri;
- il comune non possa prevedere direttamente, in quanto privo di personale idoneo.

### SI RENDE NOTO CHE

- Possono presentare istanza i cittadini appartenenti al Distretto Socio Sanitario D 30 . AOD N. 1, presso gli Uffici dei Servizi Sociali del proprio Comune di Residenza, che abbiano i seguenti requisiti:
- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare l'attività riabilitativa;
- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare le cure chemioterapiche e radioterapiche;
- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap;
- Certificazione, rilasciata dal Centro di Cura e/o Riabilitazione, attestante il numero di sedute effettuate;
- Reddito complessivo riferito all'intero nucleo familiare, non superiore al minimo vitale previsto per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, calcolo in base alla pensione minima INPS.
- codice IBAN;
- fotocopia carta d'identità in corso di validità.

Nel caso di richieste superiori alle somme messe a disposizione, sarà stilata una graduatoria a valutazione dell'Ufficio dei Servizi Sociali che terrà conto della seguente documentazione:

- Certificato medico attestante il grado di disabilità ;
- Attestazione ISEE;
- Autocertificazione componenti familiari.

L'accesso al servizio avverrà attraverso domanda che, potrà essere presentata, entro il **20 dicembre 2017**.

Nel " Trasporto Sociale" Seconda Annualità – sarà possibile accogliere un numero massimo di 250 richieste, da parte di cittadini residenti negli 8 Comuni dell'AOD n. 1 appartenenti al Distretto Socio Sanitario n. 30 .

### SI INVITANO

I cittadini interessati a presentare l'istanza, entro il **20 dicembre 2017**, allegando i seguenti documenti:

- Certificazione medica attestante il grado di disabilità;
- Attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità, non superiore al reddito minimo vitale anno 2016.

Per informazioni e il ritiro dello schema di domanda, rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di Montagnareale via V. Emanuele tel. 0941/315252 o scaricabile dal sito [www.comunedimontagnareale.it](http://www.comunedimontagnareale.it)

Montagnareale lì, 26/07/2017



del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: "Trasporto Sociale" Seconda Annualita'****PdZ 2013/2015 - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario n. 30.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ in qualità di richiedente/familiare \_\_\_\_\_  
 del/la Sig/ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
 Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che il proprio nucleo familiare nel quale è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig/ra \_\_\_\_\_, disabile è costituito dalle seguenti persone:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

che abbia i seguenti requisiti:

- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare l'attività riabilitativa;
- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare le cure chemioterapiche e radioterapiche;
- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap;
- Certificazione rilasciata dal Centro di Cura c/o Riabilitazione, attestante il numero di sedute effettuate;
- Di avere un reddito complessivo riferito all'intero nucleo familiare, non superiore al minimo vitale previsto per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, calcolato in base alla pensione minima INPS.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione medica attestante il grado di disabilità;
- attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità, non superiore al reddito minimo vitale anno 2016.
- Codice IBAN.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate, ai sensi del D.l.g.s 196/2003.

( Firma per esteso )