



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
Città Metropolitana di Messina
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

Patti - Brolo - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino San Piero Patti

Oggetto: Avviso Pubblico PdZ 2019/2020 - Azione 2 "Trasporto Sociale" - I^ Annualità

Ai Sigg.ri Responsabili
dei Servizi Sociali
dei Comuni:
Brolo
Gioiosa Marea
Librizzi
Montagnareale
Oliveri
Piraino
San Piero Patti

Si trasmette l'allegato Avviso, corredato dal modello di domanda di cui all'oggetto, per la pubblicazione all'albo on line.

Cordiali saluti.



Il Coordinatore Gruppo Piano
Distretto Socio Sanitario N.30 - AOD n. 1
Dott.ssa Nunziata Fiorello



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
AOD N. 1

(Patti (capofila) - Brolo - Gioiosa Marca - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - San Piero Patti)

AVVISO PUBBLICO

PdZ 2019/2020 - Azione 2 "Trasporto Sociale" - I^a Annualità

Premesso che:

- il PdZ 2019/2020 dell'AOD N. 1 Distretto Socio-Sanitario n. 30, prevede l'azione n. 2 denominata "Trasporto Sociale" che ha come obiettivo il Pronto Intervento sociale per garantire il diritto alla fruizione dei servizi sanitari specialistici;
- il servizio è rivolto a soggetti diversamente abili e ai malati oncologici che effettuino cure riabilitative e/o diagnostiche presso centri;
- 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 € 150,00, 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 provvedere direttamente, in quanto privo di mezzi e di personale idoneo.

SI RENDE NOTO CHE

sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'erogazione del contributo per le spese di trasporto per i soggetti diversamente abili e ai malati oncologici che effettuino cure riabilitative e/o diagnostiche presso centri e/o strutture specialistiche dell'ASP.

Possono presentare istanza i cittadini, residenti nei Comuni dell'AOD n° 1 in possesso di:

- Autorizzazione dell'ASP ad effettuare l'attività riabilitativa e/o 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, calcolato in base alla pensione minima INPS.

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:

1. Certificazione medica attestante il grado di disabilità;
2. Attestazione ISEE in corso di validità;
3. Autocertificazione componenti familiari.

SI INVITANO

i cittadini interessati a presentare l'istanza, entro e non oltre il 20/12/2022, corredata dalla documentazione richiesta presso l'ufficio protocollo del Comune di residenza o inviarle all'indirizzo PEC. Per informazioni e il ritiro dello schema di domanda, rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni di appartenenza.

Patti li, 18 OTT. 2022

Il Coordinatore Gruppo Piano
Distretto Socio Sanitario D30- AOD n. 1
Dott.ssa Nicoletta Nunziata



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Distretto Socio Sanitario D30- AOD n. 1
Dott. Gianluigi Bianluca Bonsignore

Oggetto: "Trasporto Sociale" Prima Annualità anno 2019- PdZ 2019/2020 - 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/malato oncologico è costituito dalle seguenti persone:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

in possesso dei 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;
- 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.
- copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

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 Dlg.s 196/2003.

(Firma per esteso)