



COMUNE DI SANTO STEFANO IN ASPROMONTE
PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA

IL SINDACO

RENDE NOTO

Che ai sensi del Regolamento Comunale approvato con Deliberazione di C.C. n. 20 del 25/09/2012.

Gli anziani e i disabili sprovvisti di una sufficiente rete parentale di sostegno, possono usufruire, su richiesta ed in caso di necessità, del servizio di trasporto presso strutture socio/sanitarie, situate nel territorio comunale o nelle Province limitrofe.

Il servizio di trasporto è rivolto a soggetti residenti nel Comune di Santo Stefano in Aspromonte con i seguenti requisiti:

- persone anziane (oltre i 65 anni di età);
- soggetti disabili individuati sulla base dell'accertamento dell'Handicap effettuata ai sensi dell'art.4 della L. 104/92;
- soggetti con ridotte capacità motorie o gravi difficoltà a deambulare anche momentaneamente, debitamente certificate;

Per richiedere il servizio, i cittadini o i loro familiari si possono recare all'Ufficio Servizi Sociali per presentare la richiesta.

Durante il colloquio L'Assistente Sociale verifica la presenza dei requisiti e fa compilare al cittadino o al familiare un modulo in cui devono essere indicati giorno, ora e luogo in cui si svolge la terapia.

La richiesta va presentata almeno 5 giorni lavorativi prima della data del trasporto.

Al momento della richiesta, l'Assistente Sociale verifica la possibilità del trasporto e dà l'eventuale disponibilità.

(Compartecipazione economica al servizio)

- I cittadini che usufruiscono del servizio sono tenuti (a norma dell'art. 29 comma 2 della Legge n. 448 del 28/12/2001) a compartecipare ai costi, corrispondendo al Comune una tariffa pari a 1/5 del costo del carburante, mediante versamento sul c/c postale 290890 intestato al Comune di S.Stefano in Aspromonte;
- Tali tariffe sono oggetto di agevolazioni o esenzioni in base all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)
- La quota di compartecipazione a carico dell'Utente del Servizio Trasporti, verrà calcolata sulla base della certificazione ISEE e determinata in base alla seguente tabella:

Valore ISEE	Valore ISEE	Quota di contribuzione per l'utente
Da € 0	A € 7.000,00	esente
Da € 7.001,00	A € 8.500,00	30%
Da € 8.501,00	A € 10.000,00	50%
Da € 10.001,00	A € 11.500,00	80%
Da € 11.501,00		Costo intero del servizio

- Il costo del Servizio potrà essere adeguato con Deliberazione della Giunta Comunale in caso di aumento dei costi del carburante ed in base alle risorse finanziarie dell'Ente.
- Gli utenti che percepiscono l'indennità di accompagnamento dovranno sempre e in ogni caso pagare la tariffa piena.

Recapiti: Ufficio Servizio Sociale tel.0965/740601 int.219 e cell.Assistente Sociale 338/9752270.

S. Stefano in Aspromonte li, 17/10/2012

Il Sindaco
f.to Dott. Michele Zoccali

S. Stefano in Aspromonte, li _____

AL COMUNE
Ufficio Servizio Sociale
S. STEFANO IN ASPROMONTE

Oggetto: Richiesta servizio trasporto anziani e disabili.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
Tel _____ Codice Fiscale _____

chiede l'attivazione del servizio trasporto a carattere continuativo:

- per sé stesso/a
- in favore del/la sig./sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
Tel _____ Codice Fiscale _____

INFORMAZIONI SUL DESTINATARIO DEL SERVIZIO:

- stato civile (specificare) _____
- medico curante (specificare) _____
- percentuale di invalidità (specificare) _____
- titolare di assegno di accompagnamento (barrare se ricorre il caso)
- difficoltà economica (allegare certificazione ISEE)
 - vive solo
 - vive con il coniuge
 - vive con i figli
 - altro (specificare) _____

TIPOLOGIA DI TRASPORTO RICHIESTO

- Trasporto verso centri di cura o riabilitazione
(specificare) _____
- Trasporto verso strutture di inserimento lavorativo per disabili
(specificare) _____
- Trasporto verso CDD, CSE o servizi SFAD
(specificare) _____
- Altro
(specificare) _____

Il servizio si rende necessario a partire dal giorno _____
sino al _____ con destinazione _____
sito a _____ in via/piazza _____
nei seguenti giorni ed orari:

LUNEDI'	Andata	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
	Ritorno	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
MARTEDI'	Andata	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
	Ritorno	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
MERCOLEDI'	Andata	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
	Ritorno	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
GIOVEDI'	Andata	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
	Ritorno	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
VENERDI'	Andata	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
	Ritorno	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
SABATO	Andata	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____
	Ritorno	partenza alle ore _____	arrivo a destinazione alle ore _____

Firma del richiedente

Informativa Privacy: Ai sensi del D.Lgs 196/03 e s.m.e i., si informa che i dati presenti nella seguente scheda sono destinati esclusivamente ai fini dell'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare e saranno trattati a norma di Legge.

Riservato all'Ufficio:

Domanda presentata in data _____

Ammissione al servizio:

- Sì, con inizio in data _____
- No, per la seguente motivazione _____

Servizio cessato in data _____, per la seguente
motivazione _____