



PIANO SOCIALE DI ZONA  
Ambito S/9 Comune capofila Sapri

Via Villa Comunale, 1 – 84073 Sapri  
Telefono 0973.605542 – Fax 0973.605543  
[www.pianosociales9.it](http://www.pianosociales9.it) \* e-mail: [info@pianosociale9.it](mailto:info@pianosociale9.it)  
– pec [pianosociale9@pec.pianosociale9.it](mailto:pianosociale9@pec.pianosociale9.it)

## REGOLAMENTO

*recante le norme di funzionamento  
per l'erogazione di contributi economici per il trasporto degli  
utenti da/per le strutture riabilitative*

*Approvato con verbale del Coordinamento Istituzionale n. 02 del 29.03.2016*

### Comuni dell'Ambito territoriale S9

Alfano – Camerota - Casalotto Spartano - Caselle in Pittari - Celle di Bulgheria –  
Centola – Ispani – Morigerati – Roccagloriosa – Rofrano - Santa Marina - San  
Giovanni a Piro – Sapri -Torraca - Torre Orsaia – Tortorella – Vibonati

## *INDICE*

Art. 1 - Definizione e finalità

Art. 2 - Caratteristiche

Art. 3 - Destinatari

Art. 4 - L'erogazione dei contributi economici per il trasporto  
degli utenti da/per le strutture riabilitative:

- modalità di accesso al servizio
- le fasce contributive
- modalità di erogazione del contributo

Art. 5 - Norma di rinvio

### **Art. 1 Definizioni e finalità**

Il Servizio dei contributi economici per il trasporto presso le strutture riabilitative accreditate con il S.S.N., a beneficio dei portatori di handicap, fa parte della più generale rete degli interventi in campo sociale istituiti dall'Ambito sociale S9, finalizzati a contenere le situazioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona, il raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile e la partecipazione del disabile alla vita della collettività.

### **Art. 2 Caratteristiche**

Obiettivo prioritario del servizio di trasporto è supportare e aiutare la famiglia del portatore di handicap nell'accesso ai servizi di cui necessita, principalmente garantendo il diritto allo studio.

Tali Servizi si ispirano ai principi della Legge n.104 del 5/2/1992 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

### **Art.3 Destinatari**

Destinatari del contributo economico sono le persone, residenti o domiciliate nell'Ambito Sociale S9, riconosciute portatrici di handicap ai sensi della L. 104/92 art.3 (o in fase di riconoscimento), che hanno i seguenti requisiti:

- ISEE che va da 0 a 15.000 euro;
- frequenza, per prestazioni riabilitative semiresidenziali, presso le strutture riabilitative accreditate con il S.S.N. presenti esclusivamente sul territorio provinciale.

Sono escluse le persone che effettuano cicli chemioterapici e emodialisi.

### **Art. 4**

#### **Contributi economici per trasporto da/per strutture riabilitative accreditate al S.S.N.**

##### Modalità di accesso al servizio:

Accedono all'erogazione del contributo economico esclusivamente le persone portatrici di handicap che frequentano le strutture riabilitative accreditate con il S.S.N. presenti sul territorio provinciale, autorizzate dalla competente U.V.I. alla fruizione di prestazioni semiresidenziali in centri diurni che hanno un ISEE che va da 0 a 15.000 euro, in osservanza ai seguenti criteri e modalità:

- l'accesso al servizio avviene a seguito di domanda da parte della persona interessata o dei suoi familiari o del tutore legale, da inoltrare ai Servizi Sociali del Comune di residenza;
- il contributo viene erogato a persona appartenente a nucleo familiare il cui reddito va da 0 a 15.000 euro di ISEE;
- presentazione insieme alla domanda della certificazione ex L.104/1992, certificazione ISEE, dei documenti richiesti dal Servizio Sociale Professionale e dell'attestato di frequenza del Centro di riabilitazione indicante gli accessi settimanali, nella domanda dovranno essere indicate le modalità di pagamento del contributo richiesto (per quietanza, estremi c.c.b., ecc);
- il Servizio Sociale Professionale istruisce la pratica e la trasmette all'Ambito sociale S9;
- il Servizio Sociale Professionale, inoltre, garantisce l'informazione all'utente circa le condizioni e modalità dell'erogazione del contributo;
- l'erogazione del contributo è disposta compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione.

Modalità di erogazione del contributo:

Il contributo economico sarà erogato, da parte dell'Ambito direttamente all'utente, secondo le seguenti modalità:

- il portatore di handicap o chi ne fa le veci, inoltra la richiesta di contributo entro il mese successivo alla cessazione della prestazione riabilitativa, corredata dalla documentazione indicata al precedente art. 4 e dall'attestazione delle presenze presso la struttura riabilitativa;
- il contributo da erogare viene determinato in base ai Km percorsi mensilmente, calcolati secondo le distanze ufficiali stabilite dalla normativa vigente ed il numero di accessi al centro di riabilitazione, secondo quanto indicato nell'attestato di frequenza del centro stesso;
- il numero dei Km percorsi, considerando il viaggio di andata e di ritorno, corrisponde ad una fascia contributiva come indicato nel prospetto in calce;
- l'Ambito, ricevuta la pratica dal Servizio Sociale Professionale, provvede con apposita determina, dopo le opportune valutazioni e il calcolo dei Km percorsi, all'erogazione del contributo economico.

Fasce contributive:

Fascia Km*	Erogazione quota mensile
da 0 a 100 Km	€ 40,00
da 101 a 200 Km	€ 80,00
da 201 a 300 Km	€ 120,00
da 301 a 400 Km	€ 160,00
da 401 a 500 Km	€ 200,00
oltre 501 km	€ 240,00

\* il calcolo dei km viene effettuato su base mensile.

**Art.5 Norma di Rinvio**

Per quanto non contemplato nel regolamento medesimo si fa riferimento alla normativa regionale e nazionale vigente in materia.

AREA DISABILI SERVIZIO DI TRASPORTO  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

Per un'ottimale organizzazione del servizio si definiscono le seguenti norme che devono essere rispettate dagli utenti e dai loro familiari:

- la comunicazione di variazioni delle date e degli orari del trasporto o sospensione dello stesso va comunicato al personale del servizio con il massimo anticipo possibile;
- il Servizio stesso, in casi particolari potrà richiedere l'accompagnamento dell'utente da parte di un familiare o altra persona;
- gli operatori addetti al trasporto devono rispettare le disposizioni impartite dal Servizio Sociale Professionale al fine di garantire la precisione e la puntualità del servizio, nonché la sicurezza e la riservatezza degli utenti.

Il servizio, infine, viene erogato dietro sottoscrizioni del presente documento e formale accettazione di quanto ivi presentato da parte dell'utente o di chi ne fa le veci.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'utente o di chi ne fa le Veci

*MODELLO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO SERVIZIO DI TRASPORTO-  
AREA DISABILI*

All'Ambito Sociale S9

Il sottoscritt\_\_\_\_\_ nat a\_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ alla Via

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
alla Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

un contributo economico per il servizio di trasporto presso i centri di riabilitazione - Area Disabili.

Pertanto allega:

- Certificazione ISEE;
- Certificato L. 104/92;
- Certificato di frequenza del Centro di Riabilitazione con accessi settimanali;
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO SOCIO-ECONOMICO DEL NUCLEO FAMILIARE**

Abitazione  fitto  proprietà  altro (specificare): \_

---

Auto SI  NO

Moto SI  NO

Dichiara:

che i benefici economici percepiti da enti pubblici sono:

- Indennità di frequenza
  - Indennità di accompagnamento
  - Pensione di invalidità
  - Indennità di disoccupazione
  - Reddito di cittadinanza
  - Contributo economico “una tantum”
  - Fitto
  - Integrazione assegno familiare
  - Altro (specificare): \_
- 

Il Sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

---

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Data \_\_\_\_\_

(Allegare copia del documento di riconoscimento  
firmato)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutela della Privacy — art. 76, 77, 81 Decreto legislativo  
196/2003

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ per proprio conto esercitando la

potestà o tutela del

sig. \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

per impossibilità fisica  per incapacità ad agire  per incapacità di  
intendere o volere  minore

in qualità di: familiare  convivente  responsabile della struttura presso  
cui dimora (solo in caso di assenza di assenza di congiunti, familiari o  
conviventi)  Tutore

DICHIARO di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati  
personalni e sanitari, forniti mi ai sensi del Decreto leg.vo 196/2003 art. 76, 77,  
81

AUTORIZZO: SI  NO

L'Ambito Sociale S9 a trattare i miei dati inerenti prestazioni  
effettuate.

DICHIARO: che il consenso è esteso al trattamento dei dati relativi a prestazioni  
richieste in futuro; di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti  
in base ad obblighi di legge e non previsti dall'art. 76 del Codice  
della Privacy non necessitano di consenso al trattamento.

DICHIARO: di voler percepire il contributo economico per:

Quietanza

• Conto Corrente Bancario: IBAN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

Conto Corrente Postale IBAN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_

Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma