



Via Villa Comunale, 1 – 84073 Sapri
Telefono 0973.605542 – Fax 0973.605543
www.pianosociales9.it * e-mail: info@pianosociales9.it
– pec pianosociales9@pec.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 - Casaletto 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 congiunti, familiari o
conviventi) ☐ Tutore ☐
DICHIARO di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati
personali e sanitari, fornitemi 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
