

Alla c.a del Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_  
Alla c.a del Comune di Mogoro, Ufficio PLUS del Distretto Ales Terralba

**OGGETTO: ISTANZA AMMISSIONE AL SERVIZIO TRASPORTO A CHIAMATA GESTIONE PLUS ALES-TERRALBA.**

Il/La sottoscritt\_\_ (nome e cognome)\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO *TRASPORTO A CHIAMATA* GESTIONE PLUS ALES TERRALBA

per sé medesimo

per il/la signor/a:

(nome e cognome)\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

- per sé medesimo
- per il/la signor/a: \_\_\_\_\_

1. di aver preso visione del Regolamento di gestione del *Servizio Trasporto a Chiamata* gestione PLUS Ales Terralba, di essere a conoscenza del fatto che il servizio avrà durata fino ad esaurimento delle risorse disponibili e che il servizio sarà sottoposto a monitoraggio periodico;

2. Il possesso di uno o più dei seguenti requisiti:

- compromissione delle condizioni di salute tali da comportare necessità di terapie mediche e visite mediche extra-domiciliari comprovati da allegata certificazione medica;
- compromissione della mobilità fisica permanente o temporanea che necessiti di trasporto tramite assistente e/o con mezzi adibiti al trasporto per persone con disabilità motorie comprovate da allegata certificazione medica;
- età - ultra-sessantacinquenne;
- minore/adulto in condizioni di disagio socio-economico inserito in progetto di sostegno sociale e per il quale il servizio di trasporto a chiamata rientri in un programma concordato con l'assistente Sociale Comunale

3. Che il beneficiario finale del Servizio non usufruisce dei rimborsi relativi alle spese di viaggio per sottoporsi a cure mediche in base ad altri finanziamenti pubblici di intervento di settore (es.: L.R. 25 novembre 1983 n 27 “Provvidenze a favore di talassemici e degli emolinfopatici maligni”, L.R. 8 Maggio 1985 n 11 “Nuove Norme per le Provvidenze in favore di nefropatici”, L.R. n 9/2004 “sussidi in favore di persone affette da neoplasia maligna”; LR. n. 12 del 28/05/1985 art. 92 “Contributi ai comuni e alle aziende sanitarie locali per il trasporto di persone con disabilità. Altri finanziamenti pubblici di intervento nel settore.
4. che il beneficiario finale del Servizio considerato che il trasporto può essere effettuato sia in forma collettiva sia in forma individuale, valutate le esigenze di orari e le diverse destinazioni, necessita di effettuare il seguente tragitto:

PARTENZA:

via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

ARRIVO:

via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

presso (specificare la denominazione e se trattasi di struttura sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziali, riabilitativa, ente assistenziale pubblico):

RIENTRO:

via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

5. Che il beneficiario finale del Servizio necessita del trasporto:
- In forma continuativa nel periodo/nelle date: \_\_\_\_\_
- In forma occasionale nella/e data/e (max 5): \_\_\_\_\_
6. Che il beneficiario finale del Servizio è privo di risorse parentali e amicali che possano provvedere al trasporto e/o accompagnamento nella data sopraindicata;
7. Che il beneficiario finale del Servizio in quanto minorenne e/o bisognoso di accompagnamento

necessita della presenza di un assistente;  
oppure

verrà accompagnato durante il trasporto da:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_

○ altro (specificare): \_\_\_\_\_

verrà accompagnato al mezzo di trasporto che effettuerà il servizio di trasporto a chiamata

e prelevato al termine del servizio da:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

è autorizzato a far rientro a casa da solo

8. Di impegnarsi a comunicare al servizio sociale del comune di residenza del beneficiario finale del trasporto richiesto, qualsiasi variazione in merito alla presente.
9. Di aver preso visione dei seguenti costi del servizio stabiliti ai sensi dell'art. 11 del Regolamento del servizio di Trasporto a chiamata :

Costo Autista : € 17,00 orarie frazionabili in 30 minuti  
Costo Kilometrico: 0,50 centesimi fino a 50 Km; 0,40 centesimi da 50 Km in su  
Servizio di attesa € 5,00 orarie frazionabili in 30 minuti  
Eventuale costo assistente € 17,00 orarie frazionabili in 30 minuti.

Gli utenti del servizio a trasporto a chiamata contribuiscono al costo del servizio attraverso la quota di compartecipazione determinata in base al valore ISEE ai sensi dell'art.11 del Regolamento del Servizio Trasporto a Chiamata.

Si allega quale documentazione obbligatoria:

1. Documento di identità (richiedente e beneficiario)
2. Codice Fiscale.
3. ISEE in corso di validità (l'utente si impegna a produrre la nuova certificazione ISEE alla scadenza di quella in corso, pena sospensione del servizio)
4. Certificazione medica di cui al punto 2 comprovante i requisiti posseduti.

*Dichiarazione redatta ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)*

*Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e art.13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)*

Data.....

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PLUS**

**ESITO DELL'ACCREDITAMENTO:**

**POSITIVO.**

**Codice                      identificativo                      personale                      attribuito**  
**all'utente** \_\_\_\_\_

**NEGATIVO.**

**MOTIVI** \_\_\_\_\_ **DEL**  
**DINIEGO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma dell'operatore PLUS**

\_\_\_\_\_