

Allegato A



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI

A.O.D.1

comprendente i comuni di

Agrigento (capofila), Favara, Raffadali, Aragona

PIANO DI ZONA 2013/2015 – AZIONE PROGETTUALE “LIBERI DI ANDARE”

AVVISO PUBBLICO

Si comunica alla cittadinanza che l'Amministrazione Comunale di ARAGONA procederà all'attivazione dell'azione progettuale “*Liberi di andare*” prevista dal Piano di zona 2013/2015..

Il servizio previsto consiste nel trasporto di persone in situazioni di handicap riconosciuto (art.3v c.3 L.104/92) dal domicilio dell'utente ai centri di riabilitazione convenzionati con l'ASP n. 1 di Agrigento e ubicati nel territorio dell'AOD 1.

Finalità dell'intervento è quella di soddisfare il bisogno delle persone con una problematica disabilitante di fruire di servizi necessari, nel caso in cui siano impossibilitate a raggiungere in modo autonomo il presidio sanitario/riabilitativo o attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici di trasporto e prive di parenti o affini in grado di assicurare l'accompagnamento

Il numero di utenti che usufruiranno del servizio di trasporto disabili è così distinto:

Agrigento n. 13 - Favara n. 7 - Aragona n. 2 - Raffadali n. 3

Le domande devono essere presentate presso l'ufficio di protocollo del Comune di residenza d'Ambito distrettuale utilizzando il modello predisposto e allegato al presente avviso pubblico con decorrenza dal... 15.06.2011

ed entro e non oltre il 30.06.2021. Eventuali istanze pervenute successivamente saranno accolte compatibilmente con i posti disponibili.

I moduli delle domande possono essere scaricati dal sito ufficiale del Comune di residenza o richiesti presso gli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni d'Ambito negli orari di accesso al pubblico.

Alla domanda è necessario allegare la seguente documentazione:

- ✓ Certificazione attestante la disabilità (art. 3 comma 3 della legge 104/92, rilasciata dalla competente commissione dell'ASP, attestante la patologia);
- ✓ Piano terapeutico indicante il Centro di riabilitazione presso il quale saranno effettuate le terapie, il numero delle sedute con la data di inizio e la tipologia di trattamento da effettuare;
- ✓ Certificazione medica rilasciata dal medico specialista attestante che, per le tipologie patologiche presentate, il disabile non necessita di particolare assistenza durante il trasporto sui mezzi dell'Ente accreditato e che il viaggio sui mezzi non è pregiudizievole per la propria ed altrui incolumità;
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di altri enti sia pubblici che privati nonché di non aver presentato analoga richiesta né ricevuto alcun contributo a medesimo titolo da parte di enti pubblici o privati per lo stesso periodo;
- ✓ Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- ✓ Codice fiscale del richiedente e del beneficiario;

Non saranno prese in considerazione le istanze di coloro i quali già usufruiscono del servizio di trasporto disabili presso i centri di riabilitazione.

In caso di presentazione di istanze superiore al numero previsto nel progetto "Liberi di Andare" - Piano di zona 2013 - 2015, per il Comune di ARAGONA l'ufficio procederà agli inserimenti tenendo conto della data di presentazione cronologica delle istanze medesime.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di ARAGONA sito in via ROMA n. 124 giorni e orario di ricevimento del pubblico : MARTEDI E GIOVEDI 10:00-12:00 oppure ai seguenti numeri telefonici: 0922-690.984

La Resp del Progetto

D.ssa Anna Faletra

Al Comune di ARAGONA

Settore *Servizi Sociali*

Oggetto: Istanza di richiesta rilascio voucher (buoni servizio) per la fruizione del servizio trasporto disabili presso i centri di riabilitazione. Progetto Distrettuale "Liberi di andare". Piano di Zona 2013/15

Il/la sottoscritto/a nato/a

..... il e residente in

Via N. tel.

Nella qualità di di
(padre, madre, tutore etc)

Nato a il, con riferimento all'avviso pubblico attinente al trasporto disabili indetto da codesto Ente

C H I E D E

Per la fruizione del servizio trasporto disabili, il rilascio dei voucher (buoni di servizio), spendibili presso Ente accreditato, per l'accompagnamento a/r presso il centro di riabilitazione convenzionato con l'A.S.P. n. 1 di Agrigento del proprio congiunto/a..... nato a il

E

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamati dall'art.76 del D.P.R. nr. 445 del 28/12/2000, ai fini dell'ottenimento dei voucher per la fruizione del servizio trasporto disabili

D I C H I A R A

Che il soggetto per cui si chiede il beneficio si sottopone alle sedute per le terapie di riabilitazione presso il centro di riabilitazione convenzionato sito a..... in Via

A tal' uopo si allegano:

- a) Certificato rilasciato dall'equipe pluridisciplinare o copia autenticata del verbale della Commissione Sanitaria attestante la patologia e il grado della disabilità;
- b) Stato di famiglia o autocertificazione resa ai sensi delle vigenti normative;
- c) Autorizzazione rilasciata dall'ASP indicante il centro di riabilitazione presso il quale saranno effettuate le terapie, la data di inizio la durata e il numero totale delle sedute riabilitative;
- e) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante di non aver presentato analogha richiesta o ricevuto alcun contributo per lo stesso servizio da altri Enti Pubblici nel medesimo periodo di riferimento;
- f) Certificazione medica rilasciata dal medico specialista attestante che, per le patologie presentate, il disabile non necessita di particolare assistenza durante il trasporto sui mezzi dell'Ente accreditato e che il viaggio sui mezzi non è pregiudizievole per la propria e altrui incolumità;
- g) Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario della richiesta e delle dichiarazioni sostitutive;
- g) Fotocopia del codice fiscale del disabile.

Letto, confermato e sottoscritto

..... li,

Firma

Informativa ai sensi del D. Lgs.vo 196/2003, art.13

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs.vo 196/2003, dichiaro di essere consapevole che:

- I dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale sono stati presentati.
- Il trattamento sarà effettuato con l'uso di supporto cartaceo e/o informatico
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura della presente domanda

___ li

IL DICHIARANTE

.....