



SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA PISANA

Via Saragat, 24 56025 PISA

DOMANDA PER SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE ANNO 2015/2016



Riservato all'Ufficio che riceve la modulistica:

Istanza consegnata in data _____ **TIMBRO**

**Per l'utenza: consegnare i moduli compilati e le copie degli allegati *
esclusivamente tra il 4 e il 29 Maggio 2015 in uno dei seguenti uffici:**

- o URP Comune di Pisa, Lungarno Galilei 42: da lun a ven 8.30/12.30; mar e gio 15.00/17.00.
- o Punto Insieme Pisa Centro, Via Garibaldi, 198: lun - mer: 9.00/12.00; gio 16.00/18.00; ven 10.00/12.00.
- o Punto Insieme Pisa Est (Navacchio): Via Toscoromagnola 1919, mar 9.00/13.00(c/o segr. soc.) tel: 050954731.
- o Punto insieme Pisa Ovest (Vecchiano): Via della Rocca 26: ven 9.00/13.00, tel: 050/954759.
- o Punto Insieme Litorale (Marina di Pisa): Via F. Andò, 5: mar 15.00/18.00; ven 9.00/13.00. tel: 050/954682.
- o Punto Insieme Pisa Città (San Marco) Via F.lli Antoni c/o CPT 4: mar 10.00/13.00; gio 16.00/18.00.
- o Società della Salute Uff. trasporti, Via Saragat, 24: mart 14.30/15.30 e gio 8.30/12.00, tel. 050/954129.

Le domande consegnate successivamente saranno inserite in una lista di attesa.

PRIMA DOMANDA DI ACCESSO

RINNOVO

Dati del beneficiario del servizio di trasporto sociale (*):

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	COMUNE DI RESIDENZA
TELEFONO	RECAPITO ALTRO FAMILIARE
@MAIL	

(*) per i minori o incapaci la domanda deve essere sottoscritta da uno dei genitori o dal tutore o dal rappresentante legale.

Il/La sottoscritto/a _____
COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE: _____

beneficiario del servizio

in qualità di altro (specificare se genitore / tutore/rappresentate legale del beneficiario)

ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIARA

- di aver preso visione del **Regolamento** vigente;
- di essere consapevole che l'Amministrazione Pubblica per la determinazione della **quota annuale di compartecipazione al servizio** prenderà in considerazione la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare attraverso lo strumento dell'ISEE calcolato con i criteri in vigore dal 01/01/2015.
- di essere consapevole che nel caso in cui la domanda non sia corredata dell'ISEE valido sarà automaticamente applicata la **quota annua massima pari a € 206,80**.
- di essere consapevole che per la formazione della graduatoria annuale si terrà conto dei criteri stabiliti nell'allegato A del Regolamento in vigore;

CHIEDE

l'attivazione del servizio di **TRASPORTO SOCIALE** per il beneficiario sopra indicato,
per una delle seguenti **destinazioni**:

A)

- SCUOLA DELL' OBBLIGO (fino a 16 anni);**
- SCUOLA SUPERIORE / INSERIMENTI LAVORATIVI;**
- C.D. DISABILI**
- C.D. ANZIANI**
- LAVORO**



e con la seguente articolazione delle **percorse**, **(da compilare con la massima accuratezza)**:

Giorno della settimana	Destinazione 1 (specificare nome della scuola, o CD, o indirizzo)	Eventuale spostamento da destinazione 1 a destinazione 2 (specificare nome o indirizzo)	Orario minimo (prima del quale non è possibile accogliere l'utente) di rientro alla abitazione
Lunedì	Partenza da casa alle ore _____ verso la destinazione : _____	Partenza alle ore _____ verso la destinazione 2: _____	Ore: _____
Martedì	Partenza da casa alle ore _____ verso la destinazione : _____	Partenza alle ore _____ verso la destinazione 2: _____	Ore: _____
Mercoledì	Partenza da casa alle ore _____ verso la destinazione : _____	Partenza alle ore _____ verso la destinazione 2: _____	Ore: _____
Giovedì	Partenza da casa alle ore _____ verso la destinazione : _____	Partenza alle ore _____ verso la destinazione 2: _____	Ore: _____
Venerdì	Partenza da casa alle ore _____ verso la destinazione : _____	Partenza alle ore _____ verso la destinazione 2: _____	Ore: _____
Sabato DALLE 8.00 ALLE 13.00	Partenza da casa alle ore _____ verso la destinazione : _____	NON PREVISTO	Ore: _____

Inoltre , ai sensi del DPR 445/200 sotto la propria responsabilità,
chi sottoscrive **DICHIARA** quanto segue:

- che l'utente è disabile in "SITUAZIONE DI GRAVITÀ", riconosciuto ai sensi della Legge 104/92;
- che l'utente ha un grado di invalidità uguale o superiore al 74% riconosciuto ai sensi della Legge 118/71;

OPPURE

- che l'utente è dichiarato "**NON IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ**", riconosciuto ai sensi della Legge 104/92 o con grado di invalidità inferiore al 74%, riconosciuto ai sensi della Legge 118/71, dichiara di abitare da solo senza alternative di servizi pubblici o di parenti per la propria mobilità (**dati attestati esclusivamente tramite relazione dei Servizi sociali professionali - S.s.p. competenti territorialmente**).

B) Nello specifico l'utente è affetto da:

- disabilità fisico motoria;
- disabilità psichica;
- cecità assoluta;
- altre disabilità sensoriali (cieco con residuo visivo; sordomuto, ...)

C) Particolari condizioni personali e familiari:

l'utente necessita dell'ausilio della CARROZZINA: S I NO

- Uno o entrambi i genitori (riferito agli utenti che per destinazione hanno la scuola dell'obbligo e/o superiore o centri diurni per disabili) hanno particolari situazioni lavorative, come ad esempio contratti a tempo determinato, precario, con lavoro organizzato su turni anche notturni, o con sede di lavoro più distante di 15 Km dalla residenza:

S I NO

Se SI, specificare: _____

- L'utente vive solo, oppure con un unico familiare.
- Nello **stesso nucleo familiare anagrafico dell'utente** è presente un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71 (di cui si allega la documentazione).
- Entrambi i genitori dell'utente sono ultra 75enni;
- Almeno un familiare del nucleo familiare dell'utente dispone di auto con contrassegno esonibile per disabili: S I NO
- Se si, il contrassegno esonibile ha il numero _____ rilasciato dal Comune di _____

- Il nucleo familiare dell'utente è composto complessivamente da N.° _____ di persone (su questo punto l'Ufficio potrà richiedere ulteriori informazioni).

Ai fini della presa in carico della domanda, si **ALLEGA (*)** :

- **COPIA** dell'attestazione del calcolo ISEE standard/ordinario del nucleo familiare effettuato con i nuovi criteri in validità dal 01/01/2015 (è sufficiente allegare la sola copia della pagina riassuntiva del calcolo ISEE). Si ricorda che il pagamento della quota di compartecipazione va effettuato **entro e non oltre il 31 OTTOBRE dell'anno in corso**.
- nel caso che sia la prima volta che si presenta la domanda, la COPIA della certificazione comprovante la disabilità dichiarata del richiedente, riconosciuta ai sensi della **Legge 104/92 e/o della Legge 118/71**;
- nel caso che si sia dichiarato che nello stesso nucleo familiare anagrafico dell'utente è presente **un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71**, COPIA della relativa documentazione;
- nel caso di richiesta da parte di coloro che hanno una disabilità conclamata in base alle Leggi 104/92 e 118/71 **inferiore al 74 %**, la valutazione del SST.

Data _____

**Firma dell'utente richiedente (*)
o del genitore/tutore/ rappresentante legale**

(*) per i minori o incapaci la domanda deve essere sottoscritta da uno dei genitori o dal tutore o dal rappresentante legale.

SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA E INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Gentile utente, l'Azienda USL 5 di Pisa, le rilascia queste sintetiche informazioni in merito al trattamento dei suoi dati personali e sensibili in osservanza a quanto previsto all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 'Codice Privacy'. L'Azienda Sanitaria, Titolare del trattamento comunica che:

- i dati personali che Lei trasmetterà a questa Azienda saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi da Lei richiesti a questo Servizio Sociale e/o attualmente in corso e dei controlli previsti dalla legge,
- le informazioni forniteci potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o altri soggetti se previsto da norme di Legge.

La informiamo che questa Azienda ha adottato un Regolamento interno per l'applicazione della normativa sulla privacy ed ha provveduto a individuare i Responsabili e gli Incaricati del trattamento dei dati. Si comunica inoltre, che in conformità con l'art. 7 del 'Codice Privacy' per avere maggiori informazioni sull'uso dei suoi dati può rivolgersi:

- al Responsabile del trattamento dei dati;
- all'Ufficio Privacy chiamando al numero 0587-273607 o inoltrare una e-mail a ufficioprivacy@usl5.toscana.it.

*: Coloro che non sono in possesso del nuovo ISEE devono comunque consegnare la domanda entro i termini stabiliti, e provvedere ad integrarla successivamente .