

SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA PISANA Via Saragat, 24 - 56021 PISA
DOMANDA PER SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE ANNO 2024

Riservato all'Ufficio che riceve la modulistica:

Data della consegna _____ Luogo (Ufficio): _____ **TIMBRO**



L'utente

Dati dell'utente per cui si richiede il trasporto (*):

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)

INDIRIZZO DI RESIDENZA

COMUNE DI RESIDENZA

TELEFONO

RECAPITO ALTRO FAMILIARE

@MAIL :

(l'indirizzo mail è utile per comunicazioni informali con i familiari)

(* 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: _____

in qualità di

beneficiario del servizio

altro (specificare se genitore / tutore/rappresentante legale del beneficiario)

Chiede

l'attivazione del servizio di **TRASPORTO SOCIALE** per il beneficiario sopra indicato per la destinazione seguente:

Parte A)

- SCUOLA DELL' OBBLIGO**
- SCUOLA SUPERIORE E FORMAZIONE**
- UNIVERSITA'**
- C.D. DISABILI**

All. C

e con la seguente articolazione delle **percorse**:

(in "destinazione" specificare il nome della scuola, del Centro Diurno o altro):

LUNEDI', DESTINAZIONE _____
(nome del CD/scuola/ indirizzo)

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

ALTRE SPECIFICHE PER IL LUNEDI' _____

MARTEDI', DESTINAZIONE _____
(nome del CD/scuola/ indirizzo)

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

ALTRE SPECIFICHE PER IL MARTEDI' _____

MERCOLEDI', DESTINAZIONE _____
(nome del CD/scuola/ indirizzo)

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

ALTRE SPECIFICHE PER IL MERCOLEDI' _____

GIOVEDI', DESTINAZIONE _____
(nome del CD/scuola/ indirizzo)

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

ALTRE SPECIFICHE PER IL GIOVEDI' _____

VENERDI', DESTINAZIONE _____
(nome del CD/scuola/ indirizzo)

DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

ALTRE SPECIFICHE PER IL VENERDI' _____

SABATO DESTINAZIONE _____
(nome del CD/scuola/ indirizzo)

DALLE ORE _____ ALLE **ORE 13.00**

ALTRE SPECIFICHE PER IL SABATO _____

Il Sabato il servizio si conclude alle ore 13.00

Gli orari richiesti sono indicativi e potranno subire delle modifiche per consentire l'ottimizzazione dei tragitti da percorrere. Gli utenti sono tenuti a farsi trovare pronti al mattino all'orario stabilito ad inizio anno con la Centrale Operativa.

Allega ai fini della presa in carico della domanda

solo per chi ha scelto le percorrenze:

C.D. DISABILI

- COPIA dell'attestazione del calcolo ISEE standard/ordinario del nucleo familiare effettuato con i criteri attualmente in vigore (è sufficiente allegare la sola copia della pagina riassuntiva con il calcolo della fascia ISEE). **Coloro che non sono in possesso del nuovo ISEE devono comunque consegnare la domanda entro i termini stabiliti, e provvedere ad integrarla successivamente.**
- nel caso che sia la prima volta che si richiede il servizio, 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 aventi una disabilità conclamata che in base alla Legge 104/92 è "in condizione di non gravità" e in base alla Legge 118/71 è inferiore al 74 %, **allegare la valutazione dell'Assistente sociale.**

Allega ai fini della presa in carico della domanda

solo per chi ha scelto le percorrenze:

SCUOLA DELL' OBBLIGO (fino a 16 anni)

SCUOLA SUPERIORE

- nel caso che sia la prima volta che si richiede il servizio, 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 aventi una disabilità conclamata che in base alla Legge 104/92 è "in condizione di non gravità" e in base alla Legge 118/71 è inferiore al 74%, **allegare la valutazione dell'Assistente sociale.**

Dichiara *(ai sensi del DPR 445/200 sotto la propria responsabilità)*

- 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**).

COMPILARE CON CURA LA SEGUENTE PARTE PER AVERE IL PUNTEGGIO CORRISPONDENTE:

Nello specifico l'utente è affetto da:

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

Particolari condizioni personali e familiari:

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

(Riferito solo agli utenti che per destinazione hanno la scuola dell'obbligo e/o superiore o centri diurni per disabili) Uno o entrambi i genitori 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 quali: _____

L'utente vive solo, oppure con un unico familiare.

Nello **stesso nucleo familiare anagrafico dell'utente** si dichiara che è presente e che **coabita** un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71, **di cui si allega la documentazione sanitaria aggiornata, pena la mancanza di punteggio. Di tale familiare occorre specificare:**

COGNOME _____ **NOME** _____

GRADO DI PARENTELA RISPETTO ALL'UTENTE TRASPORTATO: _____

Entrambi i genitori (o, in caso di decesso, il genitore vivente) 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 sì, il contrassegno esonibile ha il numero _____ rilasciato dal Comune di _____

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

Almeno un familiare, del nucleo familiare dell'utente, è dipendente pubblico o ex-dipendente pubblico.

PRIMA DOMANDA DI ACCESSO

RINNOVO

CON LA SOTTOSCRIZIONE INOLTRE DICHIARA

ai sensi del DPR 445/2000,

1. di aver preso visione del Regolamento vigente e di aver letto con attenzione il presente modulo di richiesta;
2. di essere consapevole che per la formazione della graduatoria annuale si terrà conto dei criteri stabiliti nell'allegato A del Regolamento in vigore;
3. 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 attualmente in vigore (ESCLUSI COLORO CHE SCELGONO PERCORRENZE DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO E SCUOLA SUPERIORE).
4. di essere consapevole che nel caso in cui la domanda non sia corredata dell'ISEE ordinario valido sarà automaticamente applicata la quota annua massima pari a € 206,80. (ESCLUSI COLORO CHE SCELGONO PERCORRENZE DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO E SCUOLA SUPERIORE).

**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.

Attenzione: consegnare il modulo compilato tassativamente:

- via PEC all'indirizzo sdspisa@pec.it ;
- per posta ordinaria tramite **raccomandata con ricevuta di ritorno** al seguente indirizzo: "Società della Salute Pisana – URP Zona Pisana – Via Saragat n.24, Pisa - C.A.P. 56121 (PI)". In questo caso, per verificare il termine di presentazione, farà fede il timbro postale;
- **a mano** presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Zona Pisana, via Saragat n. 24, Pisa – cap 56121 (PI) il **lunedì pomeriggio dalle 14:30 alle 16:30** e il **mercoledì mattina dalle 10:30 alle 13:00** (per info Tel. 050 954135 - 954103).