

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO EFFETTUATO DALLA FAMIGLIA O DALLO STESSO DISABILE CON MEZZI PROPRI O CON MEZZI PUBBLICI ai sensi della L.R. 18/96 e s.m.i. - articolo. 12, comma 1, lettera e)

Il sottoscritto/a.....
Codice Fiscale.....
nato/a il..... a.....
residente in via n. Tel.....

in qualità di

- persona in situazione di disabilità
- familiare/esercente la potestà o tutela/ Amministratore di sostegno

peril/lasig./sig.ra
nato/ail..... a.....
residente in via Tel.....
Codice Fiscale

CHIEDE

il contributo alla famiglia previsto dall'articolo 12, comma 1, lettera e) della L. R. 18/96 e s.m.i. Per:

- a) trasporto per sedute di riabilitazione presso servizi sanitari delle Aree Vaste dell'ASUR oppure presso Centri privati autorizzati e accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e per altre tipologie di interventi comunque prescritti da specialisti del S.S.N.;
- b) visite specialistiche fuori Comune o fuori Regione;
- c) frequenza ai Centri di Aggregazione e ai Centri Socio Educativi Riabilitativi Diurni; in riferimento a quest'ultimo, solo nel caso in cui il trasporto non sia compreso nelle prestazioni garantite dal Centro stesso;

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000). E' a conoscenza che l'Amministrazione Comunale potrà effettuare verifiche, ai sensi di legge, in merito a quanto autodichiarato nella presente istanza.

DICHIARA di aver sostenuto una spesa complessiva di euro _____, per i servizi di trasporto di seguito specificati:

Stimare tempi di percorrenza e consumi secondo il seguente schema, tenendo conto che il tempo di percorrenza deve essere calcolato esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta).

Percorso A _____

Destinazione: _____

Motivazione del trasporto: _____

Distanza in km del luogo di destinazione (andata + ritorno): _____

Viaggi annui n.: _____

Km totali annui n.: _____

Tempo di percorrenza (andata + ritorno) di un viaggio (esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta): _____

Tempo totale annuo: _____

Percorso B

Destinazione: _____

Motivazione del trasporto: _____

Distanza in km del luogo di destinazione (andata + ritorno): _____

Viaggi annui n.: _____

Km totali annui n.: _____

Tempo di percorrenza (andata + ritorno) di un viaggio (esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta): _____

Tempo totale annuo: _____

Percorso C

Destinazione: _____

Motivazione del trasporto: _____

Distanza in km del luogo di destinazione (andata + ritorno): _____

Viaggi annui n.: _____

Km totali annui n.: _____

Tempo di percorrenza (andata + ritorno) di un viaggio (esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta): _____

Tempo totale annuo: _____

Percorso D

Destinazione: _____

Motivazione del trasporto: _____

Distanza in km del luogo di destinazione (andata + ritorno): _____

Viaggi annui n.: _____

Km totali annui n.: _____

Tempo di percorrenza (andata + ritorno) di un viaggio (esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta): _____

Tempo totale annuo: _____

Percorso E

Destinazione: _____

Motivazione del trasporto: _____

Distanza in km del luogo di destinazione (andata + ritorno): _____

Viaggi annui n.: _____

Km totali annui n.: _____

Tempo di percorrenza (andata + ritorno) di un viaggio (esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta): _____

Tempo totale annuo: _____

Percorso F

Destinazione: _____

Motivazione del trasporto: _____

Distanza in km del luogo di destinazione (andata + ritorno): _____

Viaggi annui n.: _____

Km totali annui n.: _____

Tempo di percorrenza (andata + ritorno) di un viaggio (esclusivamente in caso di presenza dell'accompagnatore e per il solo tragitto di andata e ritorno con il disabile (esclusa la sosta): _____

Tempo totale annuo: _____

DICHIARA

- per se medesimo;
- per il/la sig./sig.ra.....
- di non aver ottenuto benefici economici allo stesso titolo;
- che gli allegati alla presente sono copie conformi agli originali in possesso del richiedente;

ALLEGA (documentazione obbligatoria):

- copia certificato della persona disabile di cui all'art. 4 della Legge 104/1992 rilasciato dagli uffici competenti; dichiarazione o autocertificazione attestante l'effettuazione dei servizi di cui ai punti A B C D E F del presente modulo di domanda;
- dichiarazione o autocertificazione attestante la frequenza di Centri Socio Educativi Diurni o di Centri di Aggregazione, qualora il dato non sia in possesso del servizio competente;
- idonea documentazione comprovante le avvenute sedute riabilitative e/o visite specialistiche, di cui all'art. 12 comma 1 lettera e) L.R. n. 18/96 e s.m.i.;
- copia della prescrizione dello Specialista del Servizio Sanitario Nazionale per la tipologia di intervento: sedute di riabilitazione;
- copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente.

N.B.

Solo nel caso in cui la persona per la quale si richiede il beneficio non abbia compiuto dieci anni di età al 31.12.2013 e la situazione di disabilità non sia ancora definita per cui non è possibile allegare il certificato sopra indicato (certificato di cui all'art. 4 della Legge 104/1992): **ALLEGARE** documentazione sanitaria attestante la patologia rilasciata dalle A.S.U.R. - Area Vasta di competenza.

Tariffa oraria € 9,80 autista/accompagnatore; costo carburante al Km € 0,35,

Si individua un chilometraggio massimo ammissibile di Km 15.000 ed un tetto massimo di ore di accompagnamento, qualora previste, di n. 375 ore annue nel caso in cui vengano percorsi Km 15.000.

DICHIARA INFINE di aver preso visione sia dell'informativa sul trattamento dei dati e di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente informativa (Informativa D.Lgs. 196/03 – privacy) sia della comunicazione relativa all'avvio del procedimento (Informativa Legge 241/1990 modificata dalla Legge 15/05) entrambe fornite con il bando pubblico e riportate in calce alla presente.

_____, _____
(Comune) (data)

Il Richiedente

Informativa art. 13 D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 (privacy): Il D.Lgs. n. 196/2003 prevede che il trattamento dei dati personali sia improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza pertanto ai sensi del citato art. 13, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare Trattamento	Comune di Fano, Via S. Francesco 76 – 61032 Fano (PU)
Responsabile	Dirigente del Settore Servizi Sociali ad interim, Direttore Generale dott. Giuseppe De Leo
Incaricati	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, al Settore Servizi Sociali e al Servizio Finanziario.
Finalità	I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria, definizione ed archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse al presente procedimento di erogazione dei benefici economici previsti . I dati potranno essere utilizzati anche a fini di controllo, per altri trattamenti aventi analoghe finalità, in area sociale.
Modalità	Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici. Nel rispetto della normativa i dati sensibili sono custoditi in contenitori chiusi a chiave e, nel caso di trattamento su supporto informatico, sono adottate chiavi d'accesso.
Ambito comunicazione	I dati verranno utilizzati dal Settore Servizi Sociali del Comune di Fano. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili, avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati potranno essere comunicati all'Agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici presso i quali verrà esperito il controllo delle dichiarazioni rese, nonché all'istituto di credito indicato dal richiedente per l'emissione dell'eventuale contributo assegnato.
Natura conferimento dati	il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento;
Sito	L'elenco dei Responsabili è pubblicato sul sito http://www.comune.fano.ps.it .
Diritti	L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. n. 196/2003 rivolgendosi al Responsabile sopra specificato.

Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990 modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8

Amministrazione competente	Comune di Fano, Via S. Francesco n. 76 – 61032 Fano (PU)
Oggetto del procedimento	L.r. n. 18/96 – “Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità”;
Responsabile procedimento	Direttore dell'U.O.Fasce Deboli;
Inizio e termine del procedimento	L'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento presso i Servizi Protocollo del Comune, della presente domanda; dalla stessa data, i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 90 giorni dalla data di erogazione ai Comune del contributo regionale;
Inerzia dell'Amministrazione	Decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'amministrazione comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge.
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti	Settore Servizi Sociali – Via Garibaldi n. 34 - Fano, nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli art. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/2005 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dal Comune di Fano (tel. 0721/887417).

NOTA BENE	Per ogni comunicazione inerente il presente procedimento che si intende inviare per posta elettronica certificata, l'indirizzo da utilizzare è solo ed esclusivamente il seguente: comune.fano@emarche.it
------------------	--