

PRIMA DOMANDA DI ACCESSO

RINNOVO

DOVE E QUANDO CONSEGNARE LE DOMANDE COMPILATE:

- 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, c/o Presidio Via Garibaldi, 198: lun, mar, mer 9.00/12.00; gio 16.00/18.00; ven 10.00/12.00.
- o Punto Insieme Pisa Est (c/o segretariato sociale), Via Toscoromagnola 1919 (Navacchio): mar 9.00/13.00
- o Punto insieme Pisa Ovest, Via della Rocca 26 Vecchiano: da lun a gio 10.00/12.00; mer 16.00/18.00; ven 9.00/13.00.
- o Punto Insieme Litorale, Via F. Andò Presidio USL di Marina di Pisa: mar 15.00/18.00; ven 9.00/13.00
- o Punto Insieme Pisa città, c/o CTP Via F.lli Antoni , San Marco: mar 10.00/13.00; gio 16.00/18.00.
- o Società della Salute Uff. trasporti, Via Saragat, 24: solo il gio 9.00/13.00.

Consegnare i moduli esclusivamente tra il 12 Maggio e il 6 Giugno 2014

Dati dell'utente del trasporto sociale

Cognome	Nome	
Luogo e data di nascita		
<u>CODICE FISCALE (obbligatorio)</u>		
Indirizzo della residenza:		Comune di residenza:
e-mail:	Telefono:	

Dati di chi sottoscrive la domanda (se diverso dall'utente)

Cognome:	Nome:
Rapporto di parentela con l'utente:	
indirizzo e-mail (per nostre comunicazioni all'utenza):	
Telefono di riferimento:	Recapito di altro familiare:

A) Con la presente domanda si chiede l'attivazione del servizio di **TRASPORTO SOCIALE** per l'utente sopra indicato per una delle seguenti **destinazioni**:

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

Punteggio

Chi sottoscrive dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione non veritiera o incompleta :

- che l'utente è in carico a questo servizio da più di un anno: SI NO
- 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, e 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) L'utente è affetto da:

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

Punteggio

C) Particolari condizioni personali e familiari:

- l'utente necessita dell'ausilio della **CARROZZINA**: SI NO
- Uno o entrambi i genitori (la presente voce riguarda esclusivamente gli 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:

Punteggio

SI NO

Punteggio

Se SI, specificare: _____

- L'utente vive **solo**, oppure **convive** con un **unico familiare**.
- Nello stesso nucleo familiare dell'utente è presente **un'altra persona dichiarata disabile ai sensi della L. 104/92 o L.118/71** (di cui, su richiesta, si esibirà 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**: SI NO →

Punteggio

Punteggio

Punteggio

Punteggio

Se si, il contrassegno esonibile ha il **numero** _____ rilasciato dal Comune di _____

Composizione del nucleo familiare (famiglia anagrafica) dell'utente:

Nome membro famiglia	Rapporto parentela	Indicare se inoccupato, occupato, altro , ...	Num. tel.

Il servizio è richiesto dal _____ (gg/mese/anno) al _____ consapevoli che gli orari sono indicativi compatibilmente con le altre esigenze del servizio.

Schema delle percorrenze: da compilare con la massima accuratezza

Giorno della settimana	Indirizzo della destinazione (**):	Orario andata	Orario ritorno
Lunedì mattina			
Martedì mattina			
Mercoledì mattina			
Giovedì mattina			
Venerdì mattina			
Sabato mattina (*)			

Giorno della settimana	Indirizzo della destinazione (**):	Orario andata	Orario ritorno
Lunedì pomeriggio			
Martedì pomeriggio			
Mercoledì pomeriggio			
Giovedì pomeriggio			
Venerdì pomeriggio			

→ (*) il sabato il servizio è effettuato in forma ridotta solo dalle 8.00 alle 13.00

→ () il servizio ha come destinazioni prevalenti la scuola, i centri diurni e il lavoro. Tutte le ulteriori richieste verso attività esterne, sebbene legate ai CCDD, saranno prese in considerazione compatibilmente con le risorse economiche disponibili.**

CON LA SOTTOSCRIZIONE, SI DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione del Regolamento vigente;

- di essere consapevoli che l'Amministrazione Pubblica prenderà in considerazione, solo per la determinazione della quota annuale di compartecipazione, le fasce ISEE del nucleo familiare secondo le indicazioni stabilite annualmente nel bando;
- di essere consapevoli che, in caso di mancato pagamento della quota dovuta entro la scadenza specificata sul bando annuale, si applicherà quanto disposto nell'art. 14 del Regolamento sul Trasporto Sociale attualmente in vigore.
- di essere consapevoli che per la formazione della graduatoria annuale si terrà conto dei criteri stabiliti nell'allegato A del Regolamento in vigore.

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA:

1. **nel caso che sia la prima volta che si presenta la domanda**, la certificazione comprovante la disabilità dichiarata del richiedente, riconosciuta ai sensi della Legge 104/92 e/o della Legge 118/71;
2. la valutazione del Servizio Sociale Territoriale, **solo 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 %**.
3. Per stabilire la quota di compartecipazione per l'anno 2014/15, eccezionalmente, si stabilisce quanto segue:
 - entro la data del **31 Ottobre 2014** occorre consegnare l'ISEE redatto con criteri in vigore a quella data. La mancata consegna ISEE comporterà l'applicazione della quota massima.
 - Se alla data del 1 Agosto 2014 saranno definiti i nuovi criteri di calcolo dell'ISEE, sarà modificato l'allegato A del vigente regolamento e saranno stabilite le nuove fasce di compartecipazione annuale degli utenti. Nel caso invece la normativa del nuovo ISEE non fosse ancora definita si procederà al calcolo della compartecipazione con le modalità previste nell'allegato A del vigente regolamento (vedi tabella). In ogni caso si provvederà a spedire agli utenti il bollettino con la comunicazione di quanto sono tenuti a pagare e del termine ultimo per effettuare il pagamento.

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:

- a) 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,
- b) 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' la SV per avere maggiori informazioni sull'uso dei suoi dati può rivolgersi:

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

In alternativa alla presentazione dell'ISEE, indipendentemente dalle modifiche che la prossima normativa ISEE apporterà, il sottoscritto _____ dichiara di accettare il pagamento della quota massima prevista per l'anno 2013/2014, pari a € 206,80.
 Firma _____

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

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

RISERVATO ALL'INCARICATO DELLA RICEZIONE DELLA DOMANDA

La presente domanda è stata consegnata in data _____ presso l'Uff. _____ TIMBRO