

ALLA CORTESE ATTENZIONE  
SERVIZIO SOCIALE

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA AMMISSIONE AL SERVIZIO TRASPORTO A CHIAMATA GESTIONE PLUS ALES-TERRALBA.**

Il sottoscritt\_\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO *TRASPORTO A CHIAMATA* GESTIONE PLUS ALES TERRALBA

- per sé medesimo
- per il/la signor/a:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

- per sé medesimo
- per il/la signor/a: \_\_\_\_\_

1. di aver preso visione del Regolamento di gestione del *Servizio Trasporto a Chiamata* gestione PLUS Ales Terralba.
2. Il possesso di uno o più dei seguenti requisiti:
  - compromissione delle condizioni di salute tali da comportare necessità di terapie mediche e visite mediche extra-domiciliari comprovati da allegata certificazione medica;
  - compromissione della mobilità fisica permanente o temporanea che necessiti di trasporto tramite assistente e/o con mezzi adibiti al trasporto per persone con disabilità motorie comprovate da allegata certificazione medica;
  - età - ultra-sessantacinquenne;

- minore/adulto in condizioni di disagio socio-economico inserito in progetto di sostegno sociale e per il quale il servizio di trasporto a chiamata rientri in un programma concordato con l'assistente Sociale Comunale

3. Che il beneficiario finale del Servizio non usufruisce dei rimborsi relativi alle spese di viaggio per sottoporsi a cure mediche in base ad altri finanziamenti pubblici di intervento di settore (es.: L.R. 25 novembre 1983 n 27 "Provvidenze a favore di talassemici e degli emolinfopatici maligni", L.R. 8 Maggio 1985 n 11 "Nuove Norme per le Provvidenze in favore di nefropatici", L.R. n 9/2004 "sussidi in favore di persone affette da neoplasia maligna", L.R. 30 Maggio 1997 n 20 "Nuove norme inerenti provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna, biglietti gratuiti rilasciati agli invalidi civili, per i minori frequentanti gli enti di formazione che non abbiano diritto al rimborso spese di viaggio etc...).

4. che il beneficiario finale del Servizio considerato che il trasporto può essere effettuato sia in forma collettiva sia in forma individuale, valutate le esigenze di orari e le diverse destinazioni, necessita di effettuare il seguente tragitto:

PARTENZA:

via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

ARRIVO:

via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

presso (specificare la denominazione e se trattasi di struttura sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziali, riabilitativa, ente assistenziale pubblico):

RIENTRO:

via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

5. Che il beneficiario finale del Servizio necessita del trasporto:

- In forma continuativa nel periodo/nelle date: \_\_\_\_\_
- In forma occasionale nella/e data/e (max 5): \_\_\_\_\_

6. Che il beneficiario finale del Servizio è privo di risorse parentali e amicali che possano provvedere al trasporto e/o accompagnamento nella data sopraindicata;

7. Che il beneficiario finale del Servizio in quanto minorenni e/o bisognoso di accompagnamento

- necessita della presenza di un assistente;  
oppure

verrà accompagnato durante il trasporto da: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

verrà accompagnato al mezzo che effettuerà il servizio di trasporto a chiamata e prelevato al termine del servizio da:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

è autorizzato a far rientro a casa da solo

8. Di impegnarsi a comunicare al servizio sociale del comune di residenza del beneficiario finale del trasporto richiesto, qualsiasi variazione in merito alla presente.

Si allega quale documentazione obbligatoria:

1. Documento di identità (richiedente e beneficiario)
2. Codice Fiscale.
3. ISEE in corso di validità (l'utente si impegna a produrre la nuova certificazione ISEE alla scadenza di quella in corso, pena sospensione del servizio)
4. Certificazione medica di cui al punto 2 comprovante i requisiti posseduti.

*Dichiarazione redatta ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)*  
*Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003*

In fede

\_\_\_\_\_

ALLA CORTESE ATTENZIONE  
COMUNE DI MOGORO  
ENTE GESTORE PLUS  
DISTRETTO ALES TERRALBA

**OGGETTO: SCHEDA INSERIMENTO UTENTE \_\_\_\_\_**  
**COMUNE DI \_\_\_\_\_**  
**NEL SERVIZIO TRASPORTO A CHIAMATA GESTIONE PLUS ALES-TERRALBA.**

**Dati anagrafici utente da inserire:**

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**Inserimento richiesto da:**

- Utente stesso
- Servizio sociale del comune di residenza
- Altra persona (Nome e cognome): \_\_\_\_\_  
in qualità di:
  - esercente la responsabilità genitoriale
  - tutore/amministratore di sostegno
  - familiare (specificare): \_\_\_\_\_
  - altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Se il beneficiario è minorenne e/o bisognoso di accompagnamento:**

- necessita della presenza di un assistente;  
oppure
- verrà accompagnato durante il trasporto da:  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

- verrà accompagnato al mezzo che effettuerà il servizio di trasporto a chiamata  
e prelevato al termine del servizio da:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in qualità di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore/amministratore di sostegno
- familiare (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

è autorizzato a far rientro a casa da solo

**Itinerario:**

PARTENZA: Data \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_  
via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

ARRIVO: Data \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_  
via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

presso (specificare la denominazione e se trattasi di struttura sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziali, riabilitativa, ente formativo/assistenziale pubblico o privati):  
\_\_\_\_\_

RIENTRO:  
via/piazza/corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Periodo di attivazione del Servizio Trasporto:**

- In \_\_\_\_\_ forma \_\_\_\_\_ continuativa \_\_\_\_\_ nel \_\_\_\_\_ periodo/nelle  
date: \_\_\_\_\_
- In \_\_\_\_\_ forma \_\_\_\_\_ occasionale \_\_\_\_\_ nella/e \_\_\_\_\_ data/e \_\_\_\_\_ (max  
5): \_\_\_\_\_

**Costo totale servizio:**

Costo Autista € \_\_\_\_\_  
Costo Kilometrico € \_\_\_\_\_  
Eventuale Costo assistente € \_\_\_\_\_  
Eventuale servizio di attesa € \_\_\_\_\_

**Soglia ISEE del beneficiario del Servizio Trasporto a Chiamata:**

€ \_\_\_\_\_

**Quota di compartecipazione:**

\_\_\_\_\_ %

