

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MENDICINO

DOMANDA DI ACCESSO
AL SERVIZIO TRASPORTO SOCIALEIl/La sottoscritto/a DICHIARA sotto la propria responsabilità, *ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000*

Cognome:														
Nome:														
Codice Fiscale:														
Luogo di nascita:										Data nascita: (gg/mm/aaaa)				
Indirizzo di residenza:										n.	CAP	PV		
Comune di residenza:														
Contatti telefonici:														
In qualità di:														

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE A FAVORE DI:

Cognome:														
Nome:														
Codice Fiscale:														
Luogo di nascita:										Data nascita: (gg/mm/aaaa)				
Indirizzo di residenza:										n.	CAP:	PV:		
Comune di residenza:														
Contatti telefonici:														
Attualmente domiciliato:														
Data e luogo del trasporto :														

DICHIARA

☐ Di essere in possesso di almeno uno dei requisiti previsti nel punto 2 dall'avviso pubblico

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:

- la richiesta dei trasporti deve essere effettuata **almeno 2 giorni lavorativi prima del trasporto**;
- l'attivazione del servizio è subordinata alla **valutazione del Servizio Sociale comunale**, in base alle risorse disponibili e alla condizione sociale per come previsto dall'avviso.

ALLEGA

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità (obbligatoria);
- Almeno una delle seguenti certificazioni:
 - certificazione di disabilità (104/92) o invalidità;
 - certificato medico attestante la non autosufficienza (anche temporanea), oppure dichiarazione sostitutiva in attesa della certificazione.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice Privacy" e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il Comune di Mendicino. Il Titolare del trattamento è il Comune di Mendicino. Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 2016/679. Previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Firma

Li.....
(luogo e data)

.....

PARTE A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

Data richiesta dell'intervento:
Ipotesi di trasporto richiesto:

CRITERIO	DESCRIZIONE	PUNTEGGIO
1. Grado di non autosufficienza/disabilità	- Disabilità grave (L.104/92, art.3 comma 3) o invalidità $\geq 74\%$ → 10 punti - Disabilità lieve (L.104/92, art.3 comma 1) o invalidità 46%-73% → 6 punti - Limitazione temporanea documentata → 4 punti	max 10
2. Età anagrafica	- Età ≥ 80 anni → 6 punti	max 6

CRITERIO	DESCRIZIONE	PUNTEGGIO
	- Et� tra 70 e 79 anni → 4 punti - Under 70 → 2 punti	
3. Condizione economica (ISEE)	- ISEE ≤ € 7.000 → 8 punti - ISEE tra € 7.001 e € 10.000 → 6 punti - ISEE tra € 10.001 e € 15.000 → 4 punti - ISEE oltre i € 15.000 → 2 punti	max 8
4. Rete familiare/abitativa	- Assenza di rete familiare di supporto (es. vive solo) → 6 punti - Presenza di rete familiare ma non adeguata (es. familiari non conviventi/non disponibili) → 4 punti	max 6
5. Frequenza necessaria del trasporto	- Bisogno frequente/continuativo (es. terapie settimanali) → 6 punti - Bisogno occasionale ma ricorrente (es. visite mediche programmate) → 4 punti - Bisogno saltuario → 2 punti	max 6
6. Situazione sociale rilevata dal Servizio Sociale	- Condizione di isolamento sociale o fragilit� psico-sociale documentata → 4 punti - Condizione abitativa svantaggiata (es. barriere architettoniche, zone non servite da trasporto pubblico) → 2 punti	max 4
Totale Punti		max 40

La soglia minima per l'accesso al beneficio del servizio di trasporto sociale   = 20 punti

Valutazione sociale di approfondimento del bisogno:

Mendicino il ____/____/____

Firma dell'Assistente Sociale Comunale

