



Servizio Sanitario della Toscana

**SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA PISANA**


Via Saragat, 24 56025 PISA



Società della Salute della Toscana

## DOMANDA PER SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE ANNO 2017/2018

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/rappresentate 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 (fino a 16 anni);**
- SCUOLA SUPERIORE**
- INSERIMENTI LAVORATIVI:**
- C.D. DISABILI**
- C.D. ANZIANI**
- LAVORO**

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/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL LUNEDI' \_\_\_\_\_

**MARTEDI'**, DESTINAZIONE \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL MARTEDI' \_\_\_\_\_

**MERCOLEDI'**, DESTINAZIONE \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL MERCOLEDI' \_\_\_\_\_

**GIOVEDI'**, DESTINAZIONE \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL GIOVEDI' \_\_\_\_\_

**VENERDI'**, DESTINAZIONE \_\_\_\_\_  
(nome del CD/scuola/ lavoro o indirizzo)

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

ALTRE SPECIFICHE PER IL VENERDI' \_\_\_\_\_

**SABATO**, DESTINAZIONE \_\_\_\_\_

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE 13.00

**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:

INSERIMENTI LAVORATIVI

C.D. DISABILI

C.D. ANZIANI

LAVORO

- 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.**
- Si ricorda che il pagamento della quota di compartecipazione va effettuato entro il 31 OTTOBRE 2017.
- 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      N O     

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      N O

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      N O

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).

**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 valido sarà automaticamente applicata la quota annua massima pari a € 206,80. (ESCLUSI COLORO CHE SCELGONO PERCORRENZE DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO E SCUOLA SUPERIORE).

## 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:

- 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,
- 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' per avere maggiori informazioni sull'uso dei suoi dati può rivolgersi:

- al Responsabile del trattamento dei dati; all'Ufficio Privacy chiamando al numero 0587-273607 o inoltrare una e-mail a [ufficioprivacy@uslnordovest.toscana.it](mailto:ufficioprivacy@uslnordovest.toscana.it).

**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 presso:**

- l'URP Comune di Pisa, Lungarno Galilei 42, **ORARI:** dal lun al ven 8.30/12.30; mar e gio 15.00/17.00.
- Punto Insieme Pisa Centro, Via Garibaldi, 198, **ORARI:** lun, mart, merc e ven: 9.00/13.00; gio 16.00/18.00; Tel. 050 959859.
- Punto Insieme Litorale (Marina di Pisa): Via F. Andò, 5, **ORARI** mar 15.00/18.00; ven 9.00/13.00. Tel: 050/954682.
- Società della Salute Uff. trasporti, Via Saragat, 24, **ORARI:** giov, 8.30/13.00 **oppure** via pec all'indirizzo: [sdspisa@pec.it](mailto:sdspisa@pec.it). Tel. 050 / 954129 - 954014