



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27

COMUNE DI MILAZZO *Citta Metropolitana di Messina* **Capofila del Distretto Socio Sanitario 27**

Milazzo (Comune capofila), S. Lucia del Mela, Condrò, Gualtieri Sicaminò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico

-Ufficio Piano-

AVVISO PUBBLICO

Visto il Piano di Zona 2019/2020 Riapprovato.

Richiamata l'Azione 5 "Buoni viaggio", rimborso forfettario spese per il trasporto presso i centri di riabilitazione pubblici in favore dei soggetti in situazione di disabilità o con patologie degenerative.

Vista la Deliberazione del Comitato dei Sindaci n. 1 del 12/04/2021.

SI RENDE NOTO

Che il Comune di Milazzo, capofila del Distretto Socio Sanitario n. 27, promuove un'iniziativa a supporto delle famiglie che a seguito di gravi problematiche di salute, vivono una situazione di sconforto e debolezza, aggravata da problemi di natura economica, a favore di n. 180 soggetti del progetto "Buoni Viaggio", di cui all'Azione 5 del P.d.Z 2019/2020 Riapprovato.

Che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per fruire del buono viaggio per disabili, con decorrenza **21 APRILE 2022**, presso i Comuni del Distretto Socio-Sanitario n.27.

Il bando si intende aperto per l'intero anno 2022, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e/o sino ad esaurimento delle somme.

Natura e durata

Il **buono viaggio** erogato in favore di un'utenza potenziale di n. 180 cittadini residenti nel Distretto n.27, disabili fisici, psichici e sensoriali, che effettuano trattamenti riabilitativi presso i Centri di Riabilitazione Pubblici e/o in convenzione con l'Asp n.5 di Messina a carattere ambulatoriale, e persone che vivono una condizione di fragilità sociale poiché affetti da patologie degenerative (malati oncologici, Alzheimer, ...) presso le strutture ospedaliere.

Il buono verrà concesso, per un massimo di n. 8 trasporti mensili presso i centri di riabilitazione e n. 3 per trattamenti oncologici e /o simili presso gli Ospedali.

La durata dell'azione progettuale è prevista per complessivi mesi 12.

Entità del Buono Viaggio e condizioni per l'erogazione

L'importo da rimborsare è pari a 1/5 del costo del carburante (prezzo medio nazionale dei prodotti petroliferi determinati dal Ministero dello Sviluppo Economico).

Il buono viaggio sarà quantificato in relazione alla distanza chilometrica di andata e ritorno, calcolata dal luogo di residenza del richiedente alla struttura sanitaria ove viene effettuato il trattamento, per un importo massimo mensile di € 150,000 per i trattamenti riabilitativi e di € 300,000 per i trattamenti oncologici.



L'intervento è destinato a soggetti appartenenti a nuclei familiari con attestazione ISEE non superiore ad € 12.500,00.

Destinatari

- Disabili (ai sensi della legge 104/92 e s.m.i.);
- Soggetti sottoposti a trattamento chemioterapico con problemi di neoplasia e simili, con patologie degenerative.

Dove presentare l'istanza

Le domande devono essere presentate presso l'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di appartenenza, utilizzando il modello predisposto dall'Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario n.27, che provvederanno, con cadenza quindicinale, alla trasmissione delle stesse, al Comune Capofila.

Documentazione da allegare:

- Certificazione attestante la tipologia e il grado dell'handicap, rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria dell'ASP ai sensi della L. 104/92.
- Per i soggetti in attesa di riconoscimento di certificazione medica attestante la sussistenza dell'handicap, certificazione comprovante la compromissione dello stato di salute.
- Dichiarazione di non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di Enti sia pubblici che privati, nonché di non aver presentato analoga richiesta né ricevuto alcun contributo a medesimo titolo da parte di Enti pubblici o privati per lo stesso periodo.
- Prescrizione del programma di attività riabilitativa effettuata dal medico competente.
- Attestazione rilasciata centro di Riabilitazione e/o struttura ospedaliera con indicazione delle date e del numero di trattamenti effettuati.
- Codice fiscale;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445/2000.
- Attestazione ISEE in corso di validità.
- Codice Iban conto corrente postale e/o bancario.

Graduatoria

Nel caso in cui le richieste si dimostrino superiori alle disponibilità dei buoni viaggio da assegnare, si provvederà alla compilazione di una graduatoria dei richiedenti sulla base:

- Del livello di gravità dell'handicap;
- Delle condizioni economiche del richiedente e del suo nucleo familiare se convivente.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente agli Uffici Servizi Sociali dei Comuni del Distretto o all'Ufficio Piano presso il Comune di Milazzo, Telefono n. 090/9231063, agli Istruttori Maggio Sebastiana, Genoveffa Felicia nei giorni feriali dalle ore 10,00 alle 13,00 e nei giorni di Martedì e Giovedì dalle ore 16,00 alle ore 18,00 n.q. di Rup ed Aiuto al Rup

Pubblicazione dell'avviso

Il presente Avviso, nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza sarà pubblicato all'Aibo Pretorio informatico e sul sito istituzionale del Comune di Milazzo e dei Comuni del Distretto Socio Sanitario n.27.

Milazzo, li 19 Aprile 2022

Il Coordinatore dell'Ufficio Piano
Dott. Filippo Santoro



Il Dirigente del 6° Settore
Dott. Domenico Lombardo

Per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: Richiesta Buoni Viaggio.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
Prov. _____ il _____ e residente in via/piazza _____
n. _____ Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
Telefono _____ cell. _____ E MAIL _____
PEC _____

CHIEDE

in attuazione alla deliberazione del Comitato dei Sindaci n.1 del 12/04/2021, la concessione "Buoni Viaggio" per il rimborso delle spese di trasporto:

- Per sé stesso
- Per il/la Sig. / Sig.ra: _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____ e residente in
via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
cap. _____ Telefono _____ cell. _____ cod. fisc. _____

- in trattamento riabilitativo ambulatoriale presso il Centro di _____
per n. _____ giorni ogni settimana
- in trattamento chemioterapico presso l'Ospedale di _____, trattamento simile
(specificare) _____ per n. _____ giorni al mese

Si allega:

- Certificazione attestante la tipologia e il grado dell'handicap, rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria dell'ASP ai sensi della L. 104/92;
- Per i soggetti in attesa di riconoscimento di certificazione medica attestante la sussistenza dell'handicap, certificazione comprovante la compromissione dello stato di salute;
- Dichiarazione di non fruizione a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte di Enti sia pubblici che privati, nonché di non aver presentato analoga richiesta né ricevuto alcun contributo a medesimo titolo da parte di Enti pubblici o privati per lo stesso periodo;
- Prescrizione del programma di attività riabilitativa effettuata dal medico competente;
- Attestazione rilasciata dal centro di Riabilitazione e/o struttura ospedaliera con indicazione delle date e del numero di trattamenti effettuati;
- Codice fiscale;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445/2000.
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Codice Iban conto corrente postale e/o bancario.

FIRMA

L'Ente utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso.
L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. (Legge 675/96 e s.m.i.).
- L'Ente effettuerà controlli anche a campione sulle veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71 e 72 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

Data _____

Firma
