

RICHIESTA DI TRASPORTO SOCIALE

Spazio riservato al protocollo

Il/la sottoscritto _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente in via _____ n° _____
Comune di _____ C.A.P. _____ Prov.: _____
Tel _____

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____
Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

IN QUALITÀ DI

- ☐ diretto interessato ☐ Tutore / curatore / amministratore di sostegno
☐ caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di trasporto sociale

a favore di _____

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____
Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____
Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____
Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

per il seguente motivo:

- ☐ visite mediche presso ospedali/ cliniche o strutture socio-sanitarie
☐ cicli di cura (chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, iperbarica)
☐ cure o specifici trattamenti a carattere continuativo (medicazioni particolari)
☐ altro (specificare) _____

secondo le seguenti modalità:

Data del trasporto	Orario previsto per la visita/ trattamento	Durata presunta della visita/ trattamento	Luogo di partenza	Destinazione	Accompagnatore *	Note

* (indicare se l'utente necessita di essere accompagnato e chi lo accompagna: familiare o bisogno individuare altro volontario)

DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI

- ☐ Non posso spostarmi da solo perché _____
☐ La mia rete familiare e/o informale di riferimento non mi può accompagnare perché: _____
☐ Vivo da solo o con altri soggetti fragili senza alcuna rete significativa di riferimento
☐ La mia rete non è in grado di fronteggiare il mio bisogno perché: _____
☐ La mia rete è parzialmente in grado di fronteggiare il mio bisogno perché: _____
☐ Altro (specificare) _____

SI IMPEGNA A

- collaborare con il Servizio sociale e con l'Associazione coinvolta nella realizzazione del trasporto sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto;
- comunicare tempestivamente ogni significativa variazione rispetto a quanto concordato;
- al pagamento delle quote per la fruizione del servizio come sotto riportato.

PER I CHILOMETRI

Percorsi nell'Ambito Alto Sebino (andata e ritorno)	Quota minima di compartecipazione	Quota massima di compartecipazione	ISEE minimo	ISEE massimo
Da 0 a 10 km	€ 2,50	€ 3,50	€ 5.000	€ 10.000
Da 11 a 20 km	€ 3,50	€ 4,50		
Oltre 21 Km	€ 4,50	€ 5,50		

Percorsi fuori Ambito Alto Sebino ¹ (andata e ritorno)	Quota minima di compartecipazione	Quota massima di compartecipazione	ISEE minimo	ISEE massimo
Clusone/Piario, Sarnico, Trescore, Esine, Endine, Pisogne,	€ 10,50	€ 11,50	€ 5.000	€ 10.000
(da 0 a 60 km circa)				
Bergamo, Seriate, Brescia, Alzano... (da 61 a 110 km circa)	€ 15,50	€ 16,50		
Oltre i 111 km	€15,50+ € 2,50 (ogni 10 km aggiuntivi)	€16,50+ € 3,50 (ogni 10 km aggiuntivi)		

PER LA DURATA

Durata di ogni trasporto	Quota a carico dell'utente
Dalle 6 ore comprese in poi	€ 8,00

La compartecipazione², in aggiunta alla quota minima, è determinata applicando la formula della progressione lineare:

Compartecipazione = quota minima di compartecipazione + (ISEE utenza - ISEE minimo) * (quota compart max- quota compart min) / (isee finale - isee iniziale)]

Compartecipazione = _____ + [(_____ - 5000) * (_____ - _____) / (10000 - 5000)] = _____ euro

Totale presunto a carico dell'utente: € _____ (costo chilometrico + durata del trasporto)

Qualora l'interessato non presenti il proprio ISEE, sarà tenuto al pagamento dell'intero costo del servizio.

- *ISEE utenza*: è il valore dell'ISEE rapportato alla composizione del nucleo familiare rilevante differenziato per le specifiche prestazioni (così come previsto dall'art. 2 comma 4 del d.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159);
- *ISEE minimo*: è il valore sino al quale l'utenza è esentata dalla compartecipazione al costo dei servizi oppure è tenuta a versare la quota minima di compartecipazione;
- *ISEE massimo*: è il valore oltre il quale è richiesto all'utenza di farsi carico della quota massima di compartecipazione alla spesa;
- *Quota minima di compartecipazione*: è il valore di una quota da corrispondere indipendentemente dal valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente del nucleo familiare di riferimento
- *Quota massima di compartecipazione alla spesa*: è il valore massimo di compartecipazione al costo del servizio

Luogo e Data _____

Firma _____

Note

¹ Il punto di partenza convenzionale per il calcolo del tempo e del chilometraggio è fissato a Lovere

² Il soggetto o la sua famiglia si farà carico di eventuali costi aggiuntivi correlati alla fruizione della prestazione a cui si accede nel corso del trasporto (es. parcheggi, ticket autostradali..)

DA CONSEGNARE AL BENEFICIARIO DEL TRASPORTO

La SV usufruirà del servizio trasporto organizzato dalla Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi-Ambito territoriale Alto Sebino, mediante la collaborazione con l'Associazione P. A Croce Blu Lovere.

Data e orario del/ dei trasporto/i confermato/i sono i seguenti:

In caso di variazione data o orario dell'intervento concordato con il servizio sociale la SV è tenuta a dare **tempestiva** comunicazione all'Associazione P. A. Croce Blu Lovere al n. 035/983834 dalle 9.00 alle 12.30; oppure **solo per emergenze** cell. 333.900700

Costo presunto del/dei trasporto/i concordato/i

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento del/dei trasporto/i si può effettuare :

- IN POSTA con bollettino intestato a Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi c/c postale n . 99176596 (in questo caso oltre all'importo dovuto l'utente sosterrà il costo del bollettino);
- IN BANCA presso la tesoreria di Comunità Montana alla Banca popolare di Bergamo a Lovere (zona Tadini) a costo zero (sotto l'importo di € 75,00);
- CON BONIFICO da altre banche o da casa sull'IBAN IT 56G 03111 53170 000 000 000 437 secondo i costi della banca a cui ci si appoggia

NOTA BENE

Per qualsiasi modalità di pagamento prescelta specificare la causale del versamento tipo “ Trasporto del (data)..... a favore di (nome e cognome del beneficiario del servizio).....”