

Distretto Socio sanitario D. 29 Comune capofila Mistretta



Mistretta



Castel di Lucio



Motta d'Affermo



Pettineo



Reitano

Santo Stefano
di Camastra

Tusa

Ufficio di Piano

AVVISO PUBBLICO

RIMBORSO SPESE PER FREQUENZA CENTRI DI RIABILITAZIONE CONVENZIONATI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano

Il Comune di Mistretta, in qualità di Comune capofila del Distretto Socio Sanitario n. 29, comprendente i Comuni di Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettineo, Reitano, Santo Stefano di Camastra e Tusa, pubblica il presente Avviso per il rimborso spese per la frequenza centri di riabilitazione convenzionati con il servizio sanitario nazionale.

Art. 1 - Finalità e obiettivi

L'intervento consiste nel rimborso parziale delle spese per i viaggi per recarsi ai centri di riabilitazione. L'importo massimo rimborsabile è pari ad € 20,00 per viaggio. Il rimborso sarà corrisposto agli utenti che seguono un programma di riabilitazione, predisposto e monitorato dal competente servizio sanitario territoriale. L'importo è rimborsabile solo ed esclusivamente per le visite mediche effettuate a seguito della pubblicazione del presente avviso.

Tale contributo viene erogato purché esistono le seguenti condizioni:

- I centri di riabilitazione siano convenzionati con il SSN;
- I centri di riabilitazione non provvedano al servizio di trasporto con mezzi propri;
- Il Comune di residenza non possa provvedere direttamente perché privo di mezzi e di personale idoneo.

Art. 2 - Beneficiari del contributo

1. I beneficiari del contributo di cui al presente Avviso sono i soggetti portatori di handicap grave ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 3, che necessitano cure riabilitative presso centri terapeutici specializzati, convenzionati con il SSN; e i soggetti che si trovano in una condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessitano di terapie specifiche.
2. Possono presentare istanza di accesso al beneficio, i soggetti di cui sopra residenti in uno dei Comuni del Distretto D/29.

Art. 3 - Requisiti per la presentazione della domanda

I richiedenti possono inoltrare istanza al Comune di Mistretta – Comune capofila del Distretto Socio Sanitario D/29 corredata dalla seguente documentazione:

- certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92;
- certificazione sulla condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessita di terapie specifiche;
- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'ASP (non sono tenuti in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
- certificazione rilasciata dal centro di Cura e/o Riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate;
- fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto intestato al portatore di handicap o al tutore, amministratore di sostegno o un familiare;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000.

Le attestazioni medico legali per l'accesso al servizio di cui sopra possono essere sostituite dal verbale della Commissione integrata. Il verbale è presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale, resa dall'istante ai sensi dell'articolo 19 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che dovrà altresì dichiarare che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato. (legge 4 aprile 2012 n. 35).

L'istante nella domanda di rimborso dovrà dichiarare di essere impossibilitato ad utilizzare un mezzo pubblico di trasporto.

I requisiti di accesso al contributo, pena l'esclusione, sono i seguenti:

- a) Il beneficiario deve avere la cittadinanza italiana o essere cittadino di stato appartenente all'UE. In caso di cittadini extra UE, questi dovevano essere in possesso, di regolare permesso di soggiorno;
- b) Il beneficiario deve avere la residenza in uno dei Comuni del Distretto D/29;
- c) Per i soggetti beneficiari di minore età possono presentare istanza solo i genitori o chi esercita la responsabilità genitoriale. In caso di affidamento esclusivo l'istanza potrà essere presentata solo dal genitore che ne è titolare;

La sussistenza dei suddetti requisiti dovrà essere asserita mediante dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, come da modello allegato di domanda;

L'Amministrazione comunale che riceve l'istanza procederà a verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 71 e 72 del medesimo DPR 445/2000.

Art. 4 - Modalità di presentazione delle istanze

La domanda deve essere presentata al Comune di Mistretta dal soggetto che effettua le cure presso un centro di riabilitazione dal giorno di pubblicazione del presente Avviso mediante le seguenti modalità:

- a) brevi manu presso l'ufficio protocollo del Comune di Mistretta, rigorosamente in busta chiusa indicando la dicitura "rimborso spese per frequenza centri di riabilitazione" - contiene dati sensibili;
- b) a mezzo PEC all'indirizzo del comune di Mistretta info@pec.comune.mistretta.me.it esclusivamente in formato PDF indicando nell'oggetto della mail la dicitura "rimborso spese per frequenza centri di riabilitazione" - contiene dati sensibili;

Il rimborso sarà effettuato con atto dirigenziale dopo la verifica della documentazione presentata dall'istante fino ad esaurimento delle risorse individuate per l'azione n.7 del Piano di Zona 2018/2019 pari ad €. 20.000,00,

L'istanza dovrà essere compilata e sottoscritta utilizzando il distinto modulo di interesse, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dal richiedente il beneficio e dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92;
- certificazione sulla condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessita di terapie specifiche.
- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'ASP (non sono tenuti in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
- certificazione rilasciata dal centro di Cura e/o Riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate;
- fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto intestato al portatore di handicap o al tutore, amministratore di sostegno o un familiare.
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000.

Le Amministrazioni Comunali non si assumono alcuna responsabilità per eventuali disguidi dei sistemi informatici o comunque non imputabili alle stesse.

I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione Comunale competente ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Art. 5 – Modalità e tempi di erogazione delle risorse

Il contributo, una tantum, sarà erogato a ciascun beneficiario per l'importo massimo di €. 20,00 per ogni viaggio effettuato per raggiungere il centro di riabilitazione.

Per eventuali informazioni i cittadini potranno rivolgersi all'ufficio Servizi Sociali del Comune di Mistretta.

Art. 6- Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13. D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e del Reg. UE n. 679/2016, GDPR, i dati acquisiti in esecuzione del presente avviso verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono comunicati, secondo le modalità previste dalla legge e dai regolamenti vigenti.

Art. 7- Informazioni e pubblicizzazione

Il presente Avviso e la documentazione ad esso allegata, sarà integralmente pubblicato sul sito dei Comuni afferenti al Distretto Socio Sanitario D. 29 e sugli albi pretori degli stessi.

Allegati al presente Avviso

- modulo istanza rimborso spese per frequenza centri di riabilitazione (All. "B")

Il Responsabile dell'Ufficio Piano
Dott. Giuseppe Laganà

ALLEGATO "B"

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Mistretta
del Distretto socio sanitario D29

ISTANZA RIMBORSO SPESE PER FREQUENZA CENTRI DI RIABILITAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

PEC _____

Codice Fiscale:																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Il rimborso spese per la frequenza al centro di riabilitazione _____
convenzionato con il servizio sanitario nazionale nei giorni _____

che il pagamento delle somme spettanti quale "**Rimborso spese per frequenza centri di riabilitazione**" sia effettuato nella seguente modalità:

- accredito su c/c bancario o postale (**attenzione no libretto/conto di risparmio**)
- carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

intestato a _____
(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN:

PAES E	CHEC K	CIN	AB I	CA B	N. CONTO																			

A tal fine, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 28 della legge 20 novembre 2017 n.167, circa il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione, necessari per la erogazione del contributo in questione e ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- Di essere impossibilitato ad utilizzare un mezzo di trasporto pubblico;
- Di avere la cittadinanza italiana o essere cittadino di stato appartenente all'UE;
- Di avere la residenza nel Comune di _____, facente parte del Distretto D29;
- (Solo per coloro che presentano istanza per i beneficiari di minore età) di essere il genitore/tutore del minore _____ nato/a a _____ Prov _____ e residente in _____ Via _____ codice fiscale _____;
- Di essere in possesso di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92 o di essere in possesso di certificazione sulla condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3, ma che necessita di terapie specifiche;

DICHIARA

inoltre, che le copie dei documenti allegati alla presente sono conformi agli originali (artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000).

Allega, alla presente, i seguenti documenti:

1. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art 38 del D.P.R. 445/2000
2. fotocopia del libretto di circolazione del veicolo utilizzato per il trasporto intestato al portatore di handicap o al tutore, amministratore di sostegno o un familiare;
3. certificazione rilasciata dal centro di Cura e/o Riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate;
4. prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'ASP (non sono tenuti in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
5. certificazione attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3 – comma 3 legge 104/92;
6. certificazione sulla condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 – comma 3, ma che necessita di terapie specifiche;

Data _____

IL RICHIEDENTE

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati inclusi nellapresente istanza, anche quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

Data _____

IL RICHIEDENTE