



COMUNE DI CAMPOFRANCO

(Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta)

PAESE PER LA PACE E PER LA VITA

Oggetto: Concessione contributi per le spese di trasporto in favore delle famiglie di soggetti diversamente abili frequentanti il centro di riabilitazione dell'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" di Mussomeli – Anno 2024.

IL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVA

RENDE NOTO

Che con Deliberazione della Giunta Municipale n. 3 del 15 Gennaio 2024, esecutiva, l'Amministrazione Comunale ha emanato direttive per la concessione di contributi per le spese di trasporto, con mezzo proprio, in favore delle famiglie di soggetti diversamente abili frequentanti il centro di riabilitazione dell'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" di Mussomeli, per l'anno 2024, così distinti:

- Per i trattamenti in regime ambulatoriale: € 3,50 per ciascuna frequenza;
- Per i trattamenti in regime seminternato: € 7,80 per ciascuna frequenza.

Per quanto sopra, gli utenti interessati potranno far pervenire a questo Comune apposita istanza, distinta per ciascun trimestre, corredata della seguente documentazione:

- a) Istanza del richiedente, resa sotto forma di autodichiarazione, con la quale si attesta, tra l'altro, le effettive presenze eseguite nel corso del trimestre di riferimento;
- b) Certificato di frequenza rilasciato dall'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" – Sezione distaccata di Mussomeli, dal quale si evince, rispettivamente, la tipologia della prestazione ed i giorni di effettiva frequenza;
- c) Copia dell'autorizzazione rilasciata dall'Azienda A.S.P. relativa ai trattamenti, siano essi in regime ambulatoriale che di seminternato, per il periodo di riferimento al contributo richiesto;
- d) Copia di un valido documento di riconoscimento.

In caso di frequenza del centro di riabilitazione da parte di più componenti del medesimo nucleo familiare nella stessa giornata, il rimborso delle spese di trasporto con il mezzo proprio sarà equiparato ad una sola frequenza, salvo i casi di prestazioni svolte in distinti orari antimeridiani e pomeridiani della medesima giornata; in tal caso, l'utente dovrà presentare, unitamente all'istanza, separata certificazione dimostrativa rilasciata dal centro di riabilitazione.

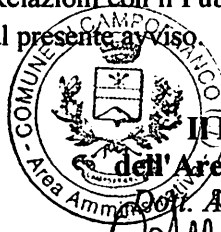
Termini per la presentazione delle istanze:

- Per il 1° - 2° e 3° Trimestre 2024: Istanza, corredata della documentazione di cui sopra, da presentarsi entro il mese successivo della data di scadenza di ciascun trimestre e, rispettivamente, entro i mesi di Aprile, Luglio e Settembre 2024.
- Per il 4° Trimestre 2024: Istanza, corredata della documentazione di cui sopra, da presentarsi entro il 31 Gennaio 2025.

L'erogazione del contributo, sia esso per intero o parziale, rimane subordinata alle disponibilità finanziarie dell'Ente; nel caso di insufficienza di fondi per la copertura finanziaria dell'intero fabbisogno, si provvederà alla relativa liquidazione del trimestre di riferimento in rapporto proporzionale tra tutti i richiedenti.

La domanda, resa sottoforma di autodichiarazione, dovrà essere presentata su apposito modello predisposto da questo Comune e potrà essere ritirato presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, oppure estraibile dal sito istituzionale www.comune.campoFranco.cl.it, unitamente al presente avviso.

CampoFranco, lì 29 Gennaio 2024



Il Responsabile
dell'Area Amministrativa

Dot. Antonio Lino Alessi

Oggetto: Richiesta fruizione contributo per rimborso spese di trasporto disabili con mezzo proprio relativo a: _____° Trimestre Anno 2024.

___ l ___ sottoscritt _____ nat ___ a _____
il _____, quivi residente in Via _____ n. _____
C. F. _____ - Rec. telefonico _____,
in qualità di _____ del paziente Sig. _____
nat ___ a _____ il _____, frequentante il Centro di
Riabilitazione dell'Associazione " *Casa Famiglia Rosetta* " – Sezione di Mussomeli, nel corso del
trimestre in oggetto per il trattamento terapeutico appresso segnato:

Ambulatoriale;

Seminternato;

CHIEDE

la concessione del contributo per le spese di trasporto effettuate con mezzo proprio nel corso del trimestre in oggetto.

Il sottoscritto, altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e ss.mm.ii., consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del citato decreto, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre che alla perdita del diritto al beneficio richiesto, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- Di essere a conoscenza di quanto contenuto nell'apposito Avviso Pubblico;
- Che nel corso del trimestre in oggetto, il suddetto paziente ha effettuato N. _____ frequenze per trattamenti riabilitativi presso il Centro di Riabilitazione di Mussomeli.

Si allega, alla presente, la seguente documentazione:

- a) Certificato di frequenza rilasciato dall'Associazione " *Casa Famiglia Rosetta* " – Sezione distaccata di Mussomeli, dal quale si evince, rispettivamente, la tipologia della prestazione ed i giorni di effettiva frequenza;
- b) Copia dell'autorizzazione rilasciata dall'Azienda A.S.P. relativa ai trattamenti, siano essi in regime ambulatoriale che di seminternato, per il trimestre in oggetto;
- c) Copia di un valido documento di riconoscimento.

Ai sensi del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazione, nella legge 22 dicembre 2011, n. 214, la presente si chiede che il pagamento venga effettuato mediante (*segnare con una croce la modalità prescelta*):

Bonifico Bancario:

Libretto Postale:

- CIN: _____ ABI: _____ CAB: _____ C/C n.: _____

- IBAN: _____

Campofranco, li _____

IL DICHIARANTE

(firma da apporre leggibile e per esteso)