

OGGETTO: Erogazione contributi per “spese di viaggio per il terapie e visite ai cittadini affetti da malattie oncologiche, da SLA, da distrofia muscolare e da sclerosi multipla presso centri specializzati.”.

A V V I S O

Nell'ambito di questo Distretto Socio-Sanitario “D/10”, è stato approvato il Progetto dal titolo “**spese di viaggio per terapie e visite ai cittadini affetti da malattie oncologiche, da SLA, da distrofia muscolare e da sclerosi multipla presso centri specializzati.**”, previsto nel Piano di Zona - 2018/2019.

Il servizio consiste nella erogazione di un contributo forfettario di €. 30,00 per un massimo di 20 trattamenti, quale parziale rimborso relativo alle spese di viaggio affrontate dai malati affetti da malattie oncologiche, o da SLA, o da distrofia muscolare o da sclerosi multipla, per il raggiungimento dei centri ambulatoriali di cure e terapie presso centri specializzati.

Per quanto sopra, i cittadini interessati e/o i loro familiari, che durante l'anno ~~2019 (periodo dall'1/1/2019 al 31/12/2019)~~ hanno effettuato le predette visite e prestazioni, potranno presentare istanza fino al 22/05/2020, sull'apposito modello allegato al presente avviso, da scaricarsi dai siti on line di ogni comune aderente al distretto. Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno contattare i centralini di ogni comune che inoltreranno le chiamate ai dipendenti degli uffici.

Le istanze potranno essere inviate alla posta elettronica di ogni singolo comune appartenente al Distretto, o con posta ordinaria, o, in caso di assoluta impossibilità, consegnare la busta brevi manu presso l'Ufficio di Protocollo con acclusa la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria rilasciata da centri di terapia, dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Valido documento di riconoscimento dell'istante.

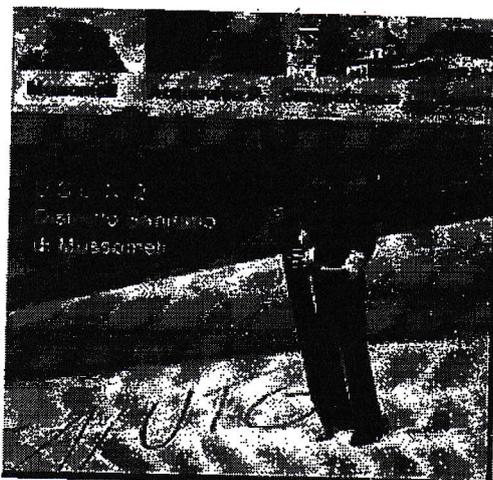
Si rappresenta che non saranno ammessi alla fruizione del servizio i malati già ricoverati in istituto.

Sarà redatta apposita graduatoria di merito, tenuto conto del valore ISEE, con ammissione al servizio sino alla concorrenza dei fondi disponibili.

- Distretto Socio Sanitario D 10 -

- Via Madonna di Fatima n. 93014 Mussomeli (CL) -

- Phone: (+39) 0934 961233 - Fax: (+39) 0934 961233 - E mail: info@dss10.it - Web Site: www.dss10.it -



D 10
DISTRETTO
SOCIO SANITARIO

Le modalità, stabilite dal Comitato dei Sindaci all'atto di approvazione del P.d.Z. 2018/2019 sono le seguenti:

“Erogazione di un contributo pari ad €. 30,00 a viaggio a quanti sono in possesso di attestazione ISEE fino ad €. 9.360,00. A coloro che superano la suddetta soglia ISEE verrà erogato un contributo nella misura del 75% nei limiti delle risorse disponibili. Qualora le somme non riescano a coprire l'intero fabbisogno il contributo verrà ridotto proporzionalmente nel seguente modo: la somma disponibile, per questa fascia di utenti, verrà suddivisa per il numero complessivo dei viaggi effettuati da ciascuno al fine di determinare l'importo da corrispondere per ciascun viaggio con la riduzione della percentuale, fermo restando che a coloro che non superano l'ISEE di €. 9.360,00 sarà erogato l'intero contributo.

La somma verrà assegnata a ciascun comune in base al fabbisogno accertato a seguito dell'istruttoria delle istanze pervenute”.

In caso di disponibilità di fondi potranno essere prese in considerazione anche le istanze relative a trattamenti effettuati anche nel 2020 fino ad esaurimento delle somme.

Il presente bando verrà affisso in tutti i Comuni del Distretto e nei relativi siti istituzionali dal 08/05/2020 - 22/05/2020.

Mussomeli, lì 8/5/2020

Il Responsabile dell'Area Amministrativa

Dott.ssa Antonina Cordaro



D 10
DISTRETTO
SOCIO SANITARIO

OGGETTO: Richiesta contributi per "spese di viaggio per terapie e visite ai cittadini affetti da malattie oncologiche, da SLA, da distrofia muscolare e da sclerosi multipla presso centri specializzati. "

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

e/o FAMILIARE _____ NATO A _____

IL _____
RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ IN VIA _____

TEL. N. _____

CHIEDE

DI USUFRUIRE DEL CONTRIBUTO FORFETTARIO per "spese di viaggio per il terapie e visite ai cittadini affetti da malattie oncologiche, da SLA, da distrofia muscolare e da sclerosi multipla presso centri specializzati. "

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Certificazione sanitaria rilasciata da centri di terapia oncologica, dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Certificazione ISEE relativa all'anno 2020 (redditi anno 2018);
- Valido documento di riconoscimento dell'istante.

DICHIARA DI NON ESSERE A REGIME DI RICOVERO PRESSO NESSUNA STRUTTURA SANITARIA/SOCIO-SANITARIA.

_____, li _____

- Distretto Socio Sanitario D 10 -

- Via Madonna di Fatima n. - 93014 Mussomeli (CL) -

- Phone: (+39) 0934 961233 - Fax: (+39) 0934 961233 - E mail: info@dss10.it - Web Site: www.dss10.it -