

SERVIZIO ALLA PERSONA
RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE COMUNALE

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____
Nome _____
Nato/a a _____
il ____ / ____ / _____
Residente a Merate, in Via/Piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____
Telefono _____
E-mail _____
Persona di riferimento _____
Rapporto con il richiedente _____
Telefono _____

TRASPORTO RICHiesto

Struttura sanitaria di destinazione:

Indirizzo/Comune:

Motivo del trasporto:

- ☐ Visita specialistica
- ☐ Esame o accertamento diagnostico
- ☐ Visita di controllo
- ☐ Altra prestazione sanitaria:

Data dell'appuntamento ____ / ____ / _____

Orario dell'appuntamento _____

Trasporto richiesto:

- ☐ Solo andata
- ☐ Solo ritorno
- ☐ Andata e ritorno

REQUISITO DI AUTOSUFFICIENZA

Il/La richiedente dichiara:

- ☐ di essere totalmente autosufficiente;
- ☐ di essere in grado di salire e scendere autonomamente dall'automezzo comunale;
- ☐ di essere in grado di accedere autonomamente alla struttura sanitaria di destinazione;
- ☐ di non necessitare di assistenza personale, sanitaria o sociosanitaria durante il trasporto;
- ☐ di non necessitare dell'accompagnamento del personale comunale all'interno della struttura sanitaria.

Il servizio consiste esclusivamente nel trasporto. Il personale comunale non svolge attività di assistenza alla persona, vigilanza o accompagnamento all'interno delle strutture sanitarie.

SITUAZIONE FAMILIARE

Il/La richiedente vive:

- ☐ Solo/a
- ☐ Con il coniuge/convivente
- ☐ Con figli
- ☐ Con altri familiari

Il/La richiedente ha figli?

- ☐ No
- ☐ Sì – numero dei figli: _____

I figli risiedono:

- ☐ Nel Comune di Merate
- ☐ In Comuni limitrofi
- ☐ In altri Comuni
- ☐ Fuori Regione/Italia

I figli sono concretamente disponibili a effettuare l'accompagnamento?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Solo occasionalmente

In caso di indisponibilità, indicarne la motivazione:

- ☐ Distanza dal luogo di residenza
- ☐ Impegni lavorativi
- ☐ Condizioni di salute
- ☐ Impegni familiari o di cura
- ☐ Altra motivazione:

Sono presenti altri familiari o persone di riferimento concretamente disponibili a effettuare il trasporto?

- ☐ Sì
- ☐ No

SITUAZIONE ECONOMICA

Il/La richiedente è in possesso di attestazione ISEE in corso di validità?

- ☐ Sì
- ☐ No

Valore ISEE: € _____

- ☐ ISEE pari o inferiore a € 15.000,00
- ☐ ISEE superiore a € 15.000,00
- ☐ Attestazione ISEE non presentata

CONDIZIONE RELATIVA AL TRASPORTO

Il/La richiedente dichiara:

- ☐ di non disporre di un mezzo proprio utilizzabile;
- ☐ di non essere in grado di provvedere autonomamente al trasporto;
- ☐ di non disporre di figli, familiari o altre persone concretamente disponibili a effettuare l'accompagnamento.

Eventuali ulteriori informazioni:

UTILIZZO DEL SERVIZIO

Il/La richiedente dichiara di essere a conoscenza che:

- ☐ il servizio è gratuito;
- ☐ il servizio può essere utilizzato per un massimo di due trasporti al mese per ciascun beneficiario;
- ☐ il viaggio di andata e ritorno relativo al medesimo appuntamento sanitario è conteggiato come un unico trasporto;
- ☐ la richiesta deve essere presentata con adeguato anticipo;
- ☐ l'accoglimento della richiesta è subordinato alla disponibilità dell'automezzo e dei messi comunali, nonché alla compatibilità con le esigenze organizzative dell'Ente;
- ☐ la presentazione della domanda non comporta l'automatica concessione del servizio;
- ☐ il servizio è rivolto esclusivamente a persone totalmente autosufficienti e non comprende prestazioni di assistenza o accompagnamento all'interno delle strutture sanitarie.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Copia del documento di identità
- ☐ Documentazione attestante la prenotazione della visita, dell'esame o dell'accertamento sanitario
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità

☐ Altro:

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), i dati personali forniti mediante la presente domanda saranno trattati dal Comune di Merate, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per lo svolgimento delle attività amministrative, organizzative e istituzionali connesse alla valutazione della richiesta e all'eventuale erogazione del Servizio di Trasporto Sociale.

Il trattamento è effettuato per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio delle funzioni istituzionali dell'Ente, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera e), del Regolamento UE 2016/679.

Il conferimento dei dati richiesti è necessario ai fini dell'istruttoria. L'eventuale mancato conferimento può comportare l'impossibilità di valutare la domanda e di erogare il servizio.

I dati saranno trattati da personale autorizzato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione e riservatezza, e potranno essere comunicati esclusivamente ai soggetti coinvolti nell'organizzazione e nell'erogazione del servizio o nei casi previsti dalla normativa vigente.

I dati saranno conservati per il periodo necessario al perseguimento delle finalità istituzionali e secondo i termini previsti dalla normativa in materia di conservazione e archiviazione della documentazione amministrativa.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, secondo le modalità indicate nell'informativa privacy pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Merate.

☐ Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni riportate nella presente domanda corrispondono al vero e si impegna a comunicare eventuali variazioni rilevanti ai fini dell'erogazione del servizio.

Merate, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente

Firma dell'eventuale familiare/delegato

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Domanda acquisita:

Prot. n. _____ del ____ / ____ / _____

Verifica dei requisiti:

- ☐ Residenza nel Comune di Merate
- ☐ Totale autosufficienza
- ☐ Assenza di un mezzo proprio utilizzabile
- ☐ Assenza di figli o familiari concretamente disponibili

- ☐ ISEE pari o inferiore a € 15.000,00
- ☐ Prestazione sanitaria documentata
- ☐ Rispetto del limite massimo di due trasporti mensili

ESITO

- ☐ Richiesta accolta
- ☐ Richiesta accolta compatibilmente con la disponibilità del servizio
- ☐ Richiesta non accolta

Motivazione/annotazioni:

Data ____ / ____ / ____

Firma dell'operatore