

n. 345
si verifica che copia del presente è in corso di deposito
in formato elettronico nel Sistema di Informazione
n. 345 del 05/06/2018
Il/ La Responsabile per la pubblicazione

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino Borgo Pace Fermignano Mercatello Montecalvo Peglio Petriano S. Angelo in V. Urbania CM. Urbania

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI RIMBORSO PER TRASPORTO DIALIZZATI ANNUALITA' 2018

Il Responsabile del Settore Affari Generali e Politiche Sociali

Rende noto che è possibile presentare
DOMANDA DI RIMBORSO PER TRASPORTO DIALIZZATI ANNUALITA' 2018

Che cosa è

E' un rimborso, erogato ai dializzati residenti nei nove Comuni che compongono l'Ambito Territoriale Sociale IV (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino), che nell' anno 2018 hanno usufruito del trasporto per recarsi al centro dialisi per quanto non garantito da altri servizi/contributi pubblici. Si precisa che il contributo da erogarsi non può essere superiore ad euro 1.000,00.

A chi è destinato

Può richiedere il contributo in oggetto colui che nell' anno 2018 ha usufruito del trasporto per accedere alle cure presso i centri dialisi per quanto non garantito da altri servizi/contributi pubblici.

Non possono richiedere il contributo in oggetto i soggetti che hanno ottenuto dall'Asur il rimborso delle spese di trasporto per assistiti che necessitano di trasporto di carattere sanitario.

Quali sono i requisiti di accesso

Per accedere al rimborso, il richiedente dovrà possedere i seguenti requisiti:

- essere residente, alla data di scadenza del presente avviso pubblico, in uno dei nove Comuni che costituiscono l'Ambito Territoriale Sociale IV (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino).
- avere un Indicatore di Situazione Economica Equivalente (ISEE) ordinario - anno 2019, non superiore a € 25.000,00.

Come si accede al beneficio

Per accedere al rimborso gli interessati dovranno presentare domanda compilata sul modulo appositamente predisposto, allegato al presente avviso e reperibile sul sito del Comune di Urbino (www.comune.urbino.ps.it) oppure presso l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza, recante le dichiarazioni da rendere ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

La domanda dovrà essere presentata:

- direttamente presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza nelle giornate di apertura al pubblico;
- direttamente presso gli uffici dell' Ambito Territoriale Sociale IV, Urbino Via Puccinotti, 3.
- a mezzo posta all'Ufficio dell' Ambito Territoriale Sociale IV, Via Puccinotti 3, 61029 Urbino (*in tal caso, per la verifica del rispetto dei termini farà fede il timbro di arrivo dell'Ufficio Protocollo del Comune di Urbino*);
- a mezzo PEC al seguente indirizzo: comune.urbino@emarche.it

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



CM. Urbania

entro e non oltre il giorno:

05/06/2019

Resta inteso che i Comuni dell'ATS IV e l'ATS IV non si assumono nessuna responsabilità in caso di dispersione delle domande dovuta ad inesatte indicazioni del destinatario del plico, a disguidi postali o imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Non saranno ammesse domande pervenute oltre il predetto termine e/o presentate con modalità e/o modulistica diverse da quelle sopra descritte.

Ai sensi del DPR 445/2000, si procederà a idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai richiedenti.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità del richiedente;
- attestazione ISEE ordinario 2019 in corso di validità (la dichiarazione ISEE presentata potrà essere sottoposta a verifiche e controlli da parte degli organi competenti);
- documentazione attestante le spese sostenute nel corso dell' anno 2018 relative al trasporto per accedere alle cure presso i centri dialisi;
- certificazione attestante la necessità di dialisi;

Qual è l'iter amministrativo per l'erogazione del beneficio

Scaduto il termine di presentazione delle domande le stesse verranno trasmesse, a cura dei Comuni, all'Ambito Sociale Territoriale. Il Coordinatore dell'ATS IV curerà l'istruttoria atta ad accertare il possesso dei requisiti richiesti e predisporrà la graduatoria provvisoria di tutte le domande ammesse al beneficio ordinate in base al valore ISEE dal più basso al più alto. In caso di ISEE identico avrà priorità il richiedente con età anagrafica più alta.

Dove assumere ulteriori informazioni

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza, oppure presso gli uffici dell'Ambito Territoriale Sociale IV - via Puccinotti n. 3 - Urbino (tel. 0722 309282).

Ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della Legge 241/90 e s.m.i., si rende noto quanto segue:

Amministrazione competente	Comune di Urbino
Oggetto del procedimento	Procedura per l'assegnazione di un contributo per rimborso spese per trasporto dializzati nell' annualità 2018.
Responsabile del procedimento	Il Responsabile del procedimento è il Dott. Umberto Colonnelli, Responsabile del Settore Affari Generali e Politiche Sociali.
Termine di conclusione del procedimento	Il termine per la conclusione del procedimento è di 90 giorni a decorrere dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande.
Inerzia dell'Amministrazione	Decorsi i termini sopraindicati, l'interessato potrà adire direttamente il Giudice Amministrativo (T.A.R. Marche) finché perdura l'inadempimento e comunque non oltre un anno dalla data di scadenza dei termini di conclusione del procedimento
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti	Comune di Urbino- Ufficio Ambito Territoriale Sociale IV, Via Puccinotti n.3, Urbino, nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli art.22 e seguenti della L.241/1990 come modificata dalla L. 15/2005 e dal Regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dal Comune di Urbino.

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello



Montecalvo



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



CM. Urbania

Modalità di impugnazione del provvedimento

Ai sensi dell'art. 3, comma 4 della Legge 241/90 il presente provvedimento può essere impugnato davanti al TAR entro 60 giorni con ricorso giurisdizionale, oppure entro 120 giorni con ricorso straordinario al Capo dello Stato.

INFORMATIVA PRIVACY Art. 13 GDPR n. 679/2016

<i>Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento</i>	Comune di Urbino rappresentata dal Sindaco pro tempore – tel. 0722/3091 – mail info@comune.urbino.ps.it
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile del Trattamento</i>	Umberto Colonnelli – Responsabile del Settore Affari Generali e Politiche Sociali - tel. 0722/309261 – mail ucolonnelli@comune.urbino.ps.it
<i>Finalità del trattamento e base giuridica</i>	Procedimento relativo al rimborso per trasporto dializzati annualità 2018.
<i>Destinatari dei dati personali</i>	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti del Settore Affari Generali e Politiche Sociali ed i dipendenti incaricati presso l'Ufficio Protocollo Archivio. Sono inoltre autorizzati ad utilizzare i dati il Responsabile del Settore Economico Finanziario ed i soggetti dal medesimo individuati per garantire le necessarie pubblicazioni sul web.
<i>Periodo di conservazione dei dati</i>	I dati verranno conservati per tutta la durata del rapporto contrattuale fino all'estinzione delle reciproche obbligazioni e per il periodo comunque previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione d'archivio.
<i>Diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati</i>	L'interessato può richiedere al Titolare del Trattamento l'accesso ai dati personali, la loro rettifica o cancellazione, la limitazione o l'opposizione al trattamento.
<i>Diritto di proporre reclamo</i>	L'interessato può proporre reclamo al Garante della Privacy
<i>Eventuale obbligo legale o contrattuale o requisito necessario per la conclusione del contratto/procedimento e le eventuali conseguenze della mancata comunicazione dei dati</i>	La comunicazione dei dati personali è un requisito necessario per la conclusione di un contratto. L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali e qualora i medesimi non vengano forniti non si potrà procedere alla stipulazione del contratto
<i>Eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione</i>	Non esiste un processo decisionale automatizzato.
<i>Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati</i>	E mail: rpd@comune.urbino.ps.it

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IV

per un sistema integrato di interventi e servizi sociali



Urbino Borgo Pace Fermignano Mercatello Montecalvo Peglio Petriano S. Angelo in V. Urbania CM. Urbania


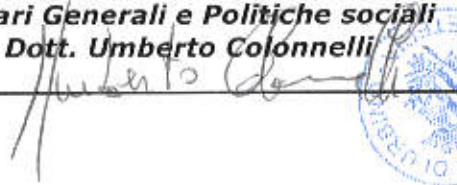
Per **INFORMAZIONI** è possibile rivolgersi a:

-Ufficio Ambito Territoriale Sociale IV- Via Puccinotti, 3
telefono **0722/309391** oppure **0722/309282**.

Apertura al pubblico martedì (09.00-13.00) e giovedì (13.00-17.00)

Urbino, 29.04.2019

***Il Responsabile del Settore
Affari Generali e Politiche sociali
Dott. Umberto Colonnelli***



**DOMANDA CONTRIBUTO PER RIMBORSO SPESE
PER TRASPORTO DIALIZZATI nell' ANNUALITA' 2018**

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ ()

il _____ residente nel Comune di _____ ()

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____

Cellulare _____

di seguito denominato **richiedente**

in qualità di (*barrare la voce che interessa*)

- Richiedente dializzato
- tutore/curatore/amministratore di sostegno

presenta domanda di rimborso

(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)

per il/sig./sig.ra _____ nato a _____ ()

il _____ residente nel Comune di _____ ()

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ () CAP _____

in Via/Piazza _____

di seguito denominato **beneficiario**

A tal scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità, cosciente delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed informato/a che qualora si accerti la non veridicità del contenuto della dichiarazione decadrà dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche

DICHIARA

1. Che il beneficiario è residente in uno dei nove Comuni compresi nell'Ambito Territoriale Sociale IV (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino), alla data di scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso alla domanda di rimborso per trasporti effettuati nell' annualità 2018;
2. Che il beneficiario è in trattamento dialitico;
3. Che il beneficiario, in relazione al contributo richiesto, non ha usufruito di altri servizi/contributi pubblici;

RICHIEDE

che il pagamento del contributo eventualmente spettante venga effettuato con la seguente modalità:

- RIMESSA DIRETTA** a favore del beneficiario;
- BONIFICO** su Conto corrente intestato o co-intestato al beneficiario , il cui IBAN è _____;

Solo nel caso in cui il beneficiario intendesse delegare un terzo alla riscossione del contributo, si chiede di barrare e compilare la seguente dichiarazione:

- DELEGA** il/la Sig./Sig.a _____ nato a _____ il _____, residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____, C.F. _____

in rappresentanza della seguente Associazione che ha svolto il servizio

a riscuotere per mio conto il contributo di cui sopra, secondo la seguente modalità:

- BONIFICO** su Conto corrente intestato o co-intestato al delegato , il cui IBAN è _____

Si allega:

- 1) Copia di un documento di identità valido del soggetto richiedente;
- 2) Copia di un documento di identità valido del soggetto (o del legale rappresentante dell'associazione) eventualmente delegato a riscuotere il contributo;
- 3) Copia ISEE ordinario 2019 del soggetto beneficiario
- 4) Copia certificazione attestante la necessità di effettuare la dialisi
- 5) documentazione attestante le spese relative ai trasporti per accedere alle cure presso i centri dialisi

Data _____

Firma del richiedente _____

