AMBITO SOCIO-SANITARIO C06

Comune capofila CASALUCE

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cesa, Gricignano di Aversa, Sant'Arpino, Orta di Atella, Succivo, Teverola

AVVISO PUBBLICO

DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE CAMPANIA N. 360 DEL 5 NOVEMBRE 2018 - CONCESSIONE CONTRIBUTI IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE CHE FREQUENTANO ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO E CONTRIBUTI A STUDENTI CON DISABILITÀ SENSORIALI PER RETTE DI CONVITTO E SEMICONVITTO - A.S. 2018/2019.

Si comunica che la Regione Campania, con propri DECRETI DIRIGENZIALI N.360 del 5 Novembre 2018, ha assegnato e trasferito a questo Ambito Territoriale la somma di € 115.103,34 per l'erogazione di contributi agli studenti con disabilità che frequentano istituti scolastici secondari di secondo grado e contributi a studenti con disabilità sensoriali per rette di convitto e semiconvitto - a.s. 2018/2019 le procedure da applicarsi per l'individuazione degli aventi diritto e delle relative modalità operative, sono quelle prescritte dalla Regione Campania con DGR n. 423/2016, pubblicata sul BURC n. 52/2016.
L'Ambito Territoriale C6 intende attuare gli interventi nelle modalità di seguito riportate:

TRASPORTO SCOLASTICO AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE CHE FREQUENTANO ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO

Il servizio di trasporto consiste nello spostamento dello studente disabile non autosufficiente nel tragitto casa/scuola, e viceversa, che ha l'obiettivo di favorire la regolare frequenza scolastica e, più in generale, il diritto allo studio. Il servizio sarà realizzato dall'Ambito Territoriale C6 attraverso la concessione di un contributo, nei limiti delle risorse economiche assegnate dalla Regione Campania, in favore delle famiglie o degli utenti affinché gli stessi selezionino direttamente i soggetti che effettuano il trasporto.
L'intervento è destinato agli studenti affetti da disabilità fisica, psichica/sensoriale che all'atto della presentazione dell'istanza risultino:
a) regolarmente iscritti per l'a.s.2018/2019 a un Istituto scolastico secondario di secondo grado collocato in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale C6 (*Casaluce capofila, Aversa, Carinaro, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola*) o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione, anche se il comune di residenza degli studenti non fa parte dell'Ambito Territoriale C6;
b) in possesso di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art.3, comma 3. Si consente la presentazione delle istanze anche in presenza di disabilità certificata ai sensi della L.104/92, art.3, comma 1, con accesso subordinato all'effettiva disponibilità di risorse economiche ;
c) impossibilitati all'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
d) non beneficiarie di ulteriori forme di sostegno per il servizio di trasporto scolastico.
Per accedere al servizio il diretto interessato o un referente familiare o il rappresentante legale presenta apposita istanza all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C06 Comune Casaluce Capofila con sede in Via S. Allende n.6 – 81030, Casaluce (Ce), utilizzando solo ed esclusivamente il modello in allegato al presente avviso (MOD.Trasporto).
All'istanza va allegata la seguente documentazione:
1)copia certificazione di disabilità ai sensi della 104/92,art.3 comma 1 o 3 e diagnosi funzionale;
2) copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2018/2019 a un istituto scolastico secondario di secondo grado o a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione presso Istituti/Enti ubicati in uno dei Comuni dell' Ambito Territoriale C6 (*Casaluce capofila, Aversa, Carinaro, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola*);
3) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;
4) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).
La mancanza di uno o più dei suddetti documenti determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere alla valutazione della domanda.
L'ammissione all'intervento viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione operata dall'Unità di Valutazione Integrata, istituita presso l'ASL Caserta D.S. 23, evidenzi un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale. In ogni caso, si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1. L'importo del contributo da riconoscere sarà calcolato in maniera forfettaria su base chilometrica in base alle tabelle ACI vigenti, nonché in base alla certificazione rilasciata dall'Istituto/Ente di formazione in merito ai giorni di presenza. Il calcolo del contributo attribuito ad ogni studente sarà effettuato come segue: **(numero chilometri giornalieri) x (giorni di frequenza) x 0,50 (rimborso per utilitarie medie - tabelle ACI 2018) = contributo totale riconosciuto.**
Le istanze intese ad ottenere l'accesso al servizio di trasporto scolastico vanno presentate al Protocollo Generale del Comune di Casaluce Capofila Ambito Territoriale C06 entro e non oltre, a pena di esclusione, il giorno **31/05/2019** ore 14.00 , attraverso la

MOD. TRASPORTO

All'Ambito Territoriale C06
Ufficio di Piano

ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER TRASPORTO
finalizzato alla frequenza scolastica di studenti disabili presso Istituti secondari di secondo grado o a corsi di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione - A.S. 2018/2019

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° ___ Tel. _____ E-mail: _____,
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della stessa, avendo preso visione delle modalità dell'Avviso pubblico *"DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE CAMPANIA N. 360 DEL 5 NOVEMBRE 2018 - CONCESSIONE CONTRIBUTI AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ GRAVE CHE FREQUENTANO ENTI DI FORMAZIONE O ISTITUTI SCOLASTICI SECONDARI DI SECONDO GRADO - A.S. 2018/2019* ubicati nel territorio dell'Ambito Territoriale C06(Casaluce capofila, Aversa, Carinaro, Cesa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola) e accettandone condizioni e prescrizioni ivi contemplate

CHIEDE

□ per se stesso;
□ nella qualità di tutore (specificare: _____)
di _____ C.F._____
nato/a a _____ il ___/___/_____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° ___
□ nella qualità di referente familiare (specificare: _____)
di _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ___/___/_____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° ___
l'accesso per l'a.s. 2018/2019 al contributo per il trasporto scolastico finalizzato alla frequenza:
□ **dell'istituto scolastico secondario di secondo grado** "_____"
sede plesso scolastico di frequenza: Via/Piazza _____ n° ___
Comune di _____ Classe _____ Sezione ____ nei seguenti giorni e orari:

Giorno	**Si/No**
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	

□ **del corso di formazione professionale** "_____" presso l'ente "_____" sede di frequenza: Via/Piazza _____ n° ___ Comune di _____ nei seguenti giorni e orari:

Giorno	**Si/No**
Lunedì	
Martedì	

Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	

DICHIARA

- che la persona con disabilità interessata al servizio non beneficia di ulteriori forme di sostegno per il medesimo servizio di trasporto;
- che la persona con disabilità interessata al servizio è impossibilitata all'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto in ragione del proprio stato di disabilità certificata;
- che il numero di chilometri percorsi giornalmente per raggiungere l'Istituto Scolastico/Ente di formazione è ____km all'andata e ____km al ritorno;
- di essere a conoscenza che la mancanza di uno o più dei documenti richiesti dall'Ambito Territoriale C06 ai sensi dell'avviso pubblico in materia determina l'impossibilità per l'Ufficio di Piano di procedere ai fini della concessione del beneficio economico;
- di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio viene disposta, compatibilmente con le risorse organizzative e finanziarie a disposizione, dando priorità, in caso di risorse insufficienti, agli utenti la cui valutazione sociale operata dall'assistente sociale con l'utilizzo della Scheda C della S.Va.M.Di. evidenzi un maggiore livello di bisogno assistenziale sociale;
- di essere a conoscenza che in ogni caso si procederà dapprima ad esaurimento delle istanze pervenute da persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3, per poi verificare la possibilità di accesso al servizio anche di persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1;
- di essere a conoscenza che il contributo verrà erogato al termine dell'anno scolastico 2018/2019 solo dopo presentazione di certificato di frequenza dettagliato per l'anno scolastico 2018/2019 rilasciato dall'Istituto/Ente di formazione a cui lo studente è iscritto da integrare al presente modulo;

Si allega (*barrare con una X la casella relativa alla documentazione che si allega*):

□ (*obbligatoria*) copia certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1 o 3;

□ (*obbligatoria*) copia certificato di iscrizione per l'a.s. 2018/2019 a un istituto scolastico secondario di secondo grado, oppure a un corso di formazione professionale in diritto-dovere di istruzione e formazione;

□ (*obbligatoria*) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, della persona con disabilità interessata al servizio;

□ (*obbligatoria*) copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del firmatario dell'istanza (se differente dalla persona con disabilità interessata al servizio).

Luogo e data: _____, ___/___/____

Firma

_____

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 47. D.P.R. 28 dicembre 2000 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____(_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a_____(____) in via_____ n°___
(luogo) (prov.)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000 e dall'art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ***sotto la propria responsabilità***

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

- dell'atto/documento/verbale riferito alla certificazione medico-sanitaria dello studente_____, prot n°_____ del _____, trasmesso in uno alla domanda di ammissione al contributo per l'anno scolastico 2018/2019, è **conforme all'originale;**

- che quanto ivi certificato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____
[*luogo*] [*data*]

IL DICHIARANTE

_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

ALLEGATO B

Comunicazione coordinate bancarie/postali

(*Tale modello deve essere sottoscritto dal firmatario dell'istanza di ammissione al contributo*)

Il/La Sottoscritto/a																	
Richiedente il contributo per trasporto scolastico										Per l'anno scolastico 2018-2019							
Codice Fiscale																	

CHIEDE

che, in caso di concessione del contributo richiesto, la relativa somma determinata sia accreditata sulle seguenti coordinate bancarie/postali (*si rammenta che il conto corrente su cui si dispone l'accredito deve essere intestato allo stesso soggetto firmatario dell'istanza e che non deve trattarsi di un libretto postale).*

Coordinate Bancarie / Postali IBAN																										

Presso la banca /ufficio postale____

Agenzia ____

Situata a ______________________________________ Prov _________

Via ____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione dichiarata.

Data____________________

FIRMA

____

*si chiede di allegare alla presente copia estratto bancario o postale da cui si evince l'intestatario del conto.