



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 37

COMUNE CAPOFILA: Termini Imerese

COMUNI ADERENTI: Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciarra, Scillato, Sclafani Bagni, Trabia

Ai Sindaci del Distretto SS.37

Agli Uffici di Servizio Sociale Comunale

Oggetto: trasmissione avviso pubblico “contributi economici a titolo di rimborso spese di viaggio per minori portatori di handicap grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3”

In rispetto della Delibera del Comitato dei Sindaci n. 3 del 08/06/202 di approvazione del disciplinare della prestazione economica distrettuale in oggetto specificata di cui al Piano di Zona 2019/20, si trasmettono i seguenti allegati con preghiera di pubblicazione sui Vostri siti istituzionali e di darne ampia diffusione ai cittadini.

- Avviso pubblico
- Istanza;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Disciplinare

La P.O. Resp.le dell'Ufficio di Piano
Dr. Vincenzo Schillaci



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 37

Termini Imerese (capofila), Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciara, Scillato, Sclafani Bagni e Trabia

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI ECONOMICI

A TITOLO DI RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER MINORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 C. 3 - ANNO 2023

Il Responsabile dell'Ufficio Piano Distrettuale:

- Vista la L.328/00, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Visto il Piano di Zona 2018/19 del Distretto Socio Sanitario 37;
- Vista la Delibera n. 3 del 08/06/2023 del Comitato dei Sindaci del Distretto Socio Sanitario 37

COMUNICA

Che è aperto l'Avviso Pubblico Distrettuale per la richiesta di un contributo economico a titolo di rimborso spese di viaggio con mezzo proprio per portatori di handicap grave L.104/92 art. 3 comma 3, a sostegno delle spese sostenute dalle famiglie per raggiungere i centri riabilitativi per l'anno 2023.

Gli interessati potranno presentare istanza di partecipazione su apposito modulo scaricabile dal sito del Comune di Termini Imerese, www.comuneterminiimerese.pa.it sezione Distretto SS 37, capofila del Distretto Socio Sanitario n.37 o sul sito dei comuni appartenenti al DSS37 od ancora rivolgendosi agli Uffici Comunali di Servizio Sociale.

Le domande, corredate della documentazione richiesta, dovranno pervenire presso gli uffici di Servizio Sociale di residenza del minore portatore di handicap grave (L.104/92 art. 3 c.3) entro e non oltre il 31/07/2023.

Considerato che la titolarità nonché obbligo all'erogazione della prestazione ricade sul comune di residenza, il Distretto socio sanitario provvederà ad erogare un contributo a titolo di rimborso spesa avente natura integrativa di quanto previsto e/o già erogato dal singolo Comune. Al fine di meglio governare i flussi di spesa e di rendicontazione, il Distretto provvederà ad erogare il contributo a rimborso parziale o totale (in base alle risorse disponibili e al numero delle richieste) per le spese sostenute per il primo semestre 2023, mentre il secondo semestre 2023 sarà a carico dei comuni di residenza. Qualora invece, soddisfatte le richieste per il I semestre 2023, permanesse ulteriore disponibilità economica in capo al Distretto, si provvederà a erogare ulteriore contributo anche per il II° semestre fino ad esaurimento somme.

Si allegano al presente avviso:

- il disciplinare distrettuale
- dichiarazione sostitutiva di certificazione
- il modulo di istanza

Termini Imerese 09/06/23

**La P.O. Resp.le dell'Ufficio di Piano
Dott. Vincenzo Schillaci**



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 37

Termini Imerese (capofila), Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Sciarra, Scillato, Sclafani Bagni e Trabia

AVVISO PUBBLICO

CONTRIBUTI ECONOMICI A TITOLO DI RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER MINORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART. 3 C. 3 - ANNO 2023

Il Responsabile dell'Ufficio Piano Distrettuale:

- Vista la L.328/00, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Visto il Piano di Zona 2018/19 del Distretto Socio Sanitario 37;
- Vista la Delibera n. 3 del 08/06/2023 del Comitato dei Sindaci del Distretto Socio Sanitario 37

COMUNICA

Che è aperto l'Avviso Pubblico Distrettuale per la richiesta di un contributo economico a titolo di rimborso spese di viaggio con mezzo proprio per portatori di handicap grave L.104/92 art. 3 comma 3, a sostegno delle spese sostenute dalle famiglie per raggiungere i centri riabilitativi per l'anno 2023.

Gli interessati potranno presentare istanza di partecipazione su apposito modulo scaricabile dal sito del Comune di Termini Imerese, www.comuneterminiimerese.pa.it sezione Distretto SS 37, capofila del Distretto Socio Sanitario n.37 o sul sito dei comuni appartenenti al DSS37 od ancora rivolgendosi agli Uffici Comunali di Servizio Sociale.

Le domande, corredate della documentazione richiesta, dovranno pervenire presso gli uffici di Servizio Sociale di residenza del minore portatore di handicap grave (L.104/92 art. 3 c.3) entro e non oltre il 31/07/2023.

Considerato che la titolarità nonché obbligo all'erogazione della prestazione ricade sul comune di residenza, il Distretto socio sanitario provvederà ad erogare un contributo a titolo di rimborso spesa avente natura integrativa di quanto previsto e/o già erogato dal singolo Comune. Al fine di meglio governare i flussi di spesa e di rendicontazione, il Distretto provvederà ad erogare il contributo a rimborso parziale o totale (in base alle risorse disponibili e al numero delle richieste) per le spese sostenute per il primo semestre 2023, mentre il secondo semestre 2023 sarà a carico dei comuni di residenza. Qualora invece, soddisfatte le richieste per il I semestre 2023, permanesse ulteriore disponibilità economica in capo al Distretto, si provvederà a erogare ulteriore contributo anche per il II° semestre fino ad esaurimento somme.

Si allegano al presente avviso:

- il disciplinare distrettuale
- dichiarazione sostitutiva di certificazione
- il modulo di istanza

Termini Imerese 09/06/23

**La P.O. Resp.le dell'Ufficio di Piano
Dott. Vincenzo Schillaci**

La Posizione Organizzativa
Responsabile Ufficio Piano - Distretto Socio-Sanitario n.37
Piazza Duomo 90018 Termini Imerese (Pa)
Tel. 091 8128452

www.comuneterminiimerese.pa.it
e-mail: v.schillaci@comune.termini-imerese.pa.it
pec: protocollo@pec.comuneterminiimerese.pa.it

Al Comune di _____

Il/La sottoscritt _____ nat _ a _____
il _____ residente a _____ (comune appartenente al Distretto
Socio Sanitario n. 37), via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
documento di identità _____ rilasciato da _____ il _____
cell. _____ genitore/tutore di _____
portatore di handicap, certificato ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92,

CHIEDE

il contributo economico del Distretto Socio Sanitario n. 37, a titolo di rimborso per le spese di trasporto che dovrà sostenere per accompagnare il figlio/minore a recarsi presso il centro di riabilitazione al fine di effettuare la terapia prescritta.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- certificazione del minore attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92;
- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'A.S.P. (non sono tenuti in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
- certificazione rilasciata dal centro di Cura o Riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate;
- copia del libretto dell'auto utilizzata al fine di desumere la tipologia di carburante del mezzo;
- dichiarazione sostitutiva (allegato 1)
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e copia del codice fiscale.

Il Sottoscritto _____ ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Dichiara, inoltre, di essere informato, nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (UE) 2016/579 (General data Protection Regulation, "GDPR"), del D.lgs. 30/06/2003 n.196 ("Codice Privacy"), e delle successive modifiche e integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con sistemi informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo _____, data _____

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 D.P.R. n.445/2000)

Il / La sottoscritt _____
 nat_ a _____ il _____
 residente nel Comune di _____ in Via/Piazza _____
 _____ n. _____, è consapevole che in caso di
 dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76
 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non
 veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al
 provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R.
 445/2000).

DICHIARA

- che il proprio figlio/minore è residente a _____ via _____ n. ___;
- che la certificazione presentata relativa alla Legge 104/92, art. 3 comma 3, del minore, in
 copia conforme, non è stata revocata, sospesa o modificata;
- che il minore disabile è impossibilitato ad utilizzare un mezzo pubblico di trasporto per
 raggiungere il centro di cura o riabilitazione;

luogo _____, data _____

La /Il Dichiarante



DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 37

Termini Imerese (capofila), Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Scia, Scillato, Sclafani Bagni e Trabia

Disciplinare per contributi economici a titolo di rimborso spese di viaggio per minori portatori di handicap grave ai sensi della legge 104/92, art. 3, comma 3

Art. 1 Finalità

Il contributo economico a titolo di rimborso distrettuale è una prestazione finalizzata a supportare i nuclei familiari che, a motivo della disabilità di un/a figlio/a minorenni, affrontano spese di viaggio per terapie e/o riabilitazione.

Art. 2 Destinatari

Sono destinatari della prestazione i minori riconosciuti portatori di handicap grave ai sensi della legge 104/92 art. 3, comma 3, che effettuino terapie e/o cure riabilitative presso centri terapeutici specializzati o altre strutture sanitarie.

Art.2bis Casi particolari

La prestazione potrà essere erogata anche ai minori che si trovano in una condizione di disabilità transitoria e non certificata ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 ma che necessitano di terapie specifiche. Le attestazioni medico legali per l'accesso al servizio di cui sopra possono essere sostituite dal verbale della Commissione integrata (legge 4 aprile 2012 n.35)

Art. 3 Contributo

L'intervento economico di cui all'art. 1 del presente regolamento consiste nel rimborso del carburante per l'uso dell'auto privata, pari ad 1/5 del costo della benzina e/o gasolio per ogni chilometro effettuato presso i centri di riabilitazione o altre strutture sanitarie che si trovano nell'ambito regionale.

Tale contributo viene erogato purché esistono le seguenti condizioni:

- I centri di riabilitazione o altre strutture sanitarie non provvedano al servizio di trasporto con mezzi propri;
- Il comune non possa provvedere direttamente perché privo di mezzi e di personale idoneo per tale intervento.

Considerato che la titolarità nonché l'obbligo all'erogazione della prestazione ricade sul comune di residenza dei minori portatori di handicap grave, il Distretto socio sanitario provvederà ad erogare un contributo a titolo di rimborso spesa avente natura integrativa rispetto a quanto previsto e/o erogato dal singolo Comune.

Art. 4 Modalità di presentazione delle domande

I genitori o tutori che intendono beneficiare del contributo rimborso spese di viaggio del Distretto Socio Sanitario n. 37 devono presentare la domanda agli uffici di Servizio Sociale di residenza del minore portatore di handicap grave (L.104/92 art. 3 c.3) entro e non oltre il 31/07/2023 mediante modello allegato, corredato dalla seguente documentazione:

- certificazione del minore attestante la sussistenza dell'handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge 104/92;
- prescrizione del programma di attività riabilitativa o di cura effettuata da medici specialistici dell'A.S.P (non sono tenuti in considerazione le prescrizioni del medico di base o privato);
- certificazione rilasciata dal centro di Cura o Riabilitazione attestante il numero di sedute effettuate;
- copia del libretto dell'auto utilizzata al fine di desumere la tipologia di carburante del mezzo;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Le attestazioni medico legali per l'accesso al servizio di cui sopra possono essere sostituite dal verbale della Commissione integrata. Il verbale è presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale, resa dall'istante ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che dovrà altresì dichiarare che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato. (legge 4 aprile 2012 n. 35).

L'istante nella domanda di rimborso dovrà dichiarare di essere impossibilitato ad utilizzare un mezzo pubblico di trasporto.

Art. 5 Modalità di pagamento

Il contributo distrettuale, potrà essere erogato nella misura massima di 1/5 del costo del carburante (aggiornato consultando il tariffario ACI dei prodotti petroliferi) per ogni Km effettuato.

In riferimento alle risorse finanziarie disponibili e al fine di dare risposta ad una platea più ampia possibile di richiedenti, il contributo potrà essere parametrato in riferimento al numero di viaggi e alla spesa sostenuta.

Il contributo verrà erogato dal Comune di Termini Imerese, Comune capofila, previa verifica della documentazione presentata ai sensi dell'art. 5.

Al fine di non replicare la fruizione del contributo, è altresì necessaria da parte del Comune di residenza del minore, l'attestazione relativa alla non erogazione di contributo comunale o, in alternativa, l'erogazione dello stesso che non soddisfi, comunque, il totale delle spese sostenute da parte del richiedente.

Inoltre, per meglio governare i flussi di spesa e di rendicontazione, il Distretto provvederà ad erogare il contributo a rimborso parziale o totale (in base alle risorse disponibili e al numero delle richieste) per le spese sostenute per il primo semestre 2023, mentre il secondo semestre 2023 sarà a carico dei comuni di residenza.

Qualora, soddisfatte le richieste per il I semestre 2023, permanesse una residuale disponibilità economica in capo al Distretto, si provvederà a erogare ulteriori contributi, riaprendo i termini di presentazione istanza, anche per il II° semestre fino ad esaurimento somme.

Art. 6 Motivi di esclusione

Non hanno diritto al servizio coloro i quali effettueranno cure riabilitative oltre l'ambito regionale. Saranno esclusi coloro i quali non presentino la documentazione prevista dall'art. 5 a corredo dell'istanza di rimborso.

This XML file does not appear to have any style information associated with it. The document tree is shown below.

```
<Segnatura xmlns="http://www.digitPa.gov.it/protocollo/" xml-lang="it">
  <Intestazione>
    <Identificatore>
      <CodiceAmministrazione>c_1112</CodiceAmministrazione>
      <CodiceA00>C_L112</CodiceA00>
      <CodiceRegistro>PG</CodiceRegistro>
      <NumeroRegistrazione>0027170</NumeroRegistrazione>
      <DataRegistrazione>2023-06-09</DataRegistrazione>
    </Identificatore>
    <OraRegistrazione tempo="locale">13:49:13</OraRegistrazione>
    <Origine>
      <IndirizzoTelematico
        tipo="smtp">protocollo@pec.comuneterminiimerese.pa.it</IndirizzoTelematico>
      <Mittente>
        <Amministrazione>
          <Denominazione>Comune di Termini Imerese</Denominazione>
          <UnitaOrganizzativa tipo="permanente">
            <Denominazione>1.10 - Ufficio Piano Distretto Socio-Sanitario n. 37</Denominazione>
            <Persona>
              <Denominazione>Schillaci Vincenzo</Denominazione>
            </Persona>
            <IndirizzoPostale>
              <Denominazione/>
            </IndirizzoPostale>
          </UnitaOrganizzativa>
        </Amministrazione>
        <A00>
          <Denominazione>Ufficio Protocollo Termini Imerese</Denominazione>
        </A00>
      </Mittente>
    </Origine>
    <Destinazione confermaRicezione="no">
      <IndirizzoTelematico tipo="smtp">comunediaalimiusa@pec.it</IndirizzoTelematico>
      <Destinatario>
        <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI ALIMINUSA</Denominazione>
        <IndirizzoPostale>
          <Denominazione/>
        </IndirizzoPostale>
      </Destinatario>
    </Destinazione>
    <Destinazione confermaRicezione="no">
      <IndirizzoTelematico tipo="smtp">protocollo.comunecaccamo@postecert.it</IndirizzoTelematico>
      <Destinatario>
        <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI CACCAMO</Denominazione>
        <IndirizzoPostale>
          <Denominazione/>
        </IndirizzoPostale>
      </Destinatario>
    </Destinazione>
    <Destinazione confermaRicezione="no">
      <IndirizzoTelematico tipo="smtp">protocollo.comunedicaltavuturo@pec.it</IndirizzoTelematico>
      <Destinatario>
        <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI CALTAVUTURO</Denominazione>
        <IndirizzoPostale>
          <Denominazione/>
        </IndirizzoPostale>
      </Destinatario>
    </Destinazione>
    <Destinazione confermaRicezione="no">
      <IndirizzoTelematico tipo="smtp">protocollo@pec.comune.cerda.pa.it</IndirizzoTelematico>
      <Destinatario>
        <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI CERDA</Denominazione>
        <IndirizzoPostale>
          <Denominazione/>
        </IndirizzoPostale>
      </Destinatario>
    </Destinazione>
  </Intestazione>
</Segnatura>
```

```
</Destinatario>
</Destinazione>
<Destinazione confermaRicezione="no">
  <IndirizzoTelematico
  tipo="smtp">protocollo@pec.comune.montemaggiorebelsito.pa.it</IndirizzoTelematico>
  <Destinatario>
    <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI MONTEMAGGIORE BELSITO</Denominazione>
    <IndirizzoPostale>
      <Denominazione/>
    </IndirizzoPostale>
  </Destinatario>
</Destinazione>
<Destinazione confermaRicezione="no">
  <IndirizzoTelematico tipo="smtp">protocollo@pec.comune.sciara.pa.it</IndirizzoTelematico>
  <Destinatario>
    <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI SCIARA</Denominazione>
    <IndirizzoPostale>
      <Denominazione/>
    </IndirizzoPostale>
  </Destinatario>
</Destinazione>
<Destinazione confermaRicezione="no">
  <IndirizzoTelematico tipo="smtp">protocollo.scillato@pec.it</IndirizzoTelematico>
  <Destinatario>
    <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI SCILLATO</Denominazione>
    <IndirizzoPostale>
      <Denominazione/>
    </IndirizzoPostale>
  </Destinatario>
</Destinazione>
<Destinazione confermaRicezione="no">
  <IndirizzoTelematico
  tipo="smtp">protocollo.comune.sclafanibagni.pa@pec.it</IndirizzoTelematico>
  <Destinatario>
    <Denominazione>SINDACO DEL COMUNE DI SCLAFANI BAGNI</Denominazione>
    <IndirizzoPostale>
      <Denominazione/>
    </IndirizzoPostale>
  </Destinatario>
</Destinazione>
<Destinazione confermaRicezione="no">
  <IndirizzoTelematico tipo="smtp">protocollo@pec.comunetrabia.it</IndirizzoTelematico>
  <Destinatario>
    <Denominazione>COMUNE DI TRABIA</Denominazione>
    <IndirizzoPostale>
      <Denominazione/>
    </IndirizzoPostale>
  </Destinatario>
</Destinazione>
<Destinazione confermaRicezione="no">
  <IndirizzoTelematico tipo="smtp">affarigenerali@pec.comunetrabia.it</IndirizzoTelematico>
  <Destinatario>
    <Denominazione>COMUNE DI TRABIA</Denominazione>
    <IndirizzoPostale>
      <Denominazione/>
    </IndirizzoPostale>
  </Destinatario>
</Destinazione>
<Oggetto>TRASMISSIONE AVVISO PUBBLICO E RELATIVI ALLEGATI - CONTRIBUTI ECONOMICI A TITOLO DI
RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER MINORI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92
ART. 3 C. 3 - ANNO 2023 </Oggetto>
</Intestazione>
<Descrizione>
  <Documento nome="lettera di trasmisisione_signed.pdf" tipoRiferimento="MIME">
    <TitoloDocumento>LETTERA DI TRASMISISONE SIGNED</TitoloDocumento>
  </Documento>
  <Allegati>
    <Documento nome="AVVISO DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 37.pdf" tipoRiferimento="MIME">
      <TitoloDocumento>AVVISO DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 37</TitoloDocumento>
    </Documento>
  </Allegati>
</Descrizione>
```

```
</Documento>
<Documento nome="ISTANZA.pdf" tipoRiferimento="MIME">
  <TitoloDocumento>ISTANZA</TitoloDocumento>
</Documento>
<Documento nome="Dichiarazione sostitutiva di certificazione.pdf" tipoRiferimento="MIME">
  <TitoloDocumento>Dichiarazione sostitutiva di certificazione</TitoloDocumento>
</Documento>
<Documento nome="Disciplinare contributo economico a titolo di rimborso spese di viaggio
minori portatori di handicap grave.pdf" tipoRiferimento="MIME">
  <TitoloDocumento>Disciplinare contributo economico a titolo di rimborso spese di viaggio
minori portatori di handicap grave</TitoloDocumento>
</Documento>
</Allegati>
</Descrizione>
</Segnatura>
```