

Richiesta di ammissione al servizio di trasporto anziani e disabili

Dati richiedente (utente o familiare referente)			
DATI ANAGRAFICI			
Cognome	Nome	Cod. Fiscale	
Luogo di nascita	Data di nascita	Telefono	
Utente (da compilare se diverso dal richiedente)			
DATI ANAGRAFICI			
Cognome	Nome	Cod. Fiscale	
Luogo di nascita	Data di nascita	Telefono	
ABITAZIONE			
Indirizzo		Località	
Piano: <input type="checkbox"/> Terra <input type="checkbox"/> Rialzato (n° scalini) <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°		Ascensore: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CONDIZIONI FISICHE			
Ausili: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI , quali	E' in carrozzina: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Con accompagnatore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<input type="checkbox"/> deve essere accompagnato (da operatore o da familiare) <input type="checkbox"/> non deve essere accompagnato) <input type="checkbox"/> va riconsegnato a casa senza che qualcuno lo accolga			
TIPOLOGIA TRASPORTO RICHIESTO IN PREVALENZA			

CONTINUATIVO :

- verso scuole e strutture socio-assistenziali e/o riabilitative
 verso strutture socio-sanitarie per terapie di lunga durata

SALTUARIO :

- verso ospedali, centri di cura/riabilitazione per visite ed esami – persone segnalate da servizio sociale o prive di una rete familiare
 verso ospedali, centri di cura/riabilitazione per visite ed esami – persone con famigliari o affini impossibilitati all'accompagnamento per motivi di salute o lavoro

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL SERVIZIO TRASPORTO

- Bollettino a nome dell'utente RID bancario/postale a nome dell'utente
 Bollettino a nome del familiare referente RID bancario/postale a nome del familiare referente

L'Utente e/o il famigliare di riferimento dichiara di conoscere le tariffe del servizio di seguito riportate nonché il regolamento del "Servizio di trasporto di persone anziani, disabili o in temporanea situazione di limitata autonomia" approvato in Consiglio Comunale con deliberazione n° _____, accettando le condizioni ivi indicate

Data _____

firma _____

Riservato all' ufficio ASP di competenza**TIPOLOGIA UTENTE**

anziano autosufficiente anziano da certificare anziano certificato UVG invalido 100%

VALUTAZIONE IN MERITO ALLE CONDIZIONI FISICHE DELL' UTENTE (opportunità di effettuare il trasporto ed eventuali modalità):**FATTURAZIONE**

A carico ASP: SI (in presenza di relazione sociale) NO

Il Responsabile ASP _____

Riservato AI VOLONTARI

La persona deve farsi trovare: nell' appartamento a piano terra (solo per utenti CDA) dal cancello altro

Valutazione: Il trasporto si può fare Il trasporto non si può fare, perché

Il Volontario _____

Vista la richiesta di ammissione al servizio e le valutazioni riportate nella presente scheda si autorizza il trasporto

Data _____

L' operatore

Comune Castel San Pietro Terme _____

TRASPORTO ANZIANI E DISABILI – NUOVE TARIFFE anno 2012

trasporto urbano (territorio di cspt) solo andata	€ 3,43	trasporto extraurbano percorrenza fino a 60 km andata e ritorno	€ 27,41
trasporto urbano (territorio di cspt) andata e ritorno	€ 5,71	tariffa km (per percorrenze superiori a 60 km)	€ 0,57
trasporto extraurbano percorrenza fino a 20km andata e ritorno	€ 11,42	trasporto centro diurno (andata e ritorno)	€ 5,14
trasporto extraurbano percorrenza fino a 30 km andata e ritorno	€ 17,13		