



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**  
Provincia di Palermo  
AREA AMMINISTRATIVA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"**  
**LERCARA FRIDDI**



**COMUNE DI PALAZZO ADRIANO**  
**CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO**

**SETTORE I - AFFARI GENERALI E SERVIZI ALLA PERSONA**

Prot. n. 14824

del 18 DIC. 2020

**PROGETTO "SOSTEGNO E CURE" – PIANO DI ZONA 2013/2015**  
**AVVISO PUBBLICO**

Il servizio è rivolto a soggetti che versano in condizioni di disabilità ovvero pazienti affetti da patologie cronico-degenerative (Alzheimer, malati oncologici,.....), che versano in condizioni di fragilità sociale. Molto spesso si rivolgono ai servizi sociali e sanitari famiglie che, a seguito di una grave malattia, vivono un profondo stato di prostrazione aggravato da problemi economici per far fronte ai trattamenti sanitari (chemioterapia, radioterapia,....).

Dall'analisi dei bisogni è emerso che molti pazienti non usufruiscono ancora di benefici legati all'invalidità civile e/o Legge 104/92, pur avendo diagnosticata una grave malattia.

Gi obiettivi principali del progetto sono:

- assistere economicamente il disabile e la sua famiglia nel percorso della malattia
- migliorare la qualità di vita dei pazienti e della loro famiglia
- tutelare la dignità e l'autonomia del malato

Il sostegno economico di cui sarà beneficiario il paziente sarà concesso a seguito di presentazione di certificazione della terapia effettivamente avvenuta (rilasciata dalla Struttura Sanitaria) e dall'attestazione ISEE non superiore a 7.000,00 euro.

Non verranno considerate le istanze dei pazienti che effettuano la terapia da ricoverati in quanto il servizio prevede solo il rimborso per spese di viaggio.

Target: persone (adulti e bambini) affette da grave disabilità cronico-degenerativa debitamente documentata dalla quale si evince la necessità di effettuare i trattamenti socio-sanitari (terapie salvavita chemio/radioterapia,....).

Gli utenti che intendono beneficiare del servizio di rimborso spese per il trasporto presso i centri ambulatoriali di cura e terapia oncologica potranno consultare il sito istituzionale dell'Ente: [www.comune.palazzo Adriano.pa.it](http://www.comune.palazzo Adriano.pa.it) Le domande per la richiesta dell'assegno dovranno essere presentate ai seguenti indirizzi dal **18/12/2020** al **30/12/2020**:

[protocollo@comune.palazzo Adriano.pa.it](mailto:protocollo@comune.palazzo Adriano.pa.it) oppure [protocollo@pec.comune.palazzo Adriano.pa.it](mailto:protocollo@pec.comune.palazzo Adriano.pa.it)

L'avente diritto potrà usufruire di un massimo di 15 rimborsi nell'arco dell'anno per i trattamenti sanitari realmente effettuati. Il rimborso non potrà superare l'importo massimo di 20 euro per ogni viaggio.



Il Sindaco  
*[Signature]*  
Comm. Nic. Di Grana



COMUNE DI LERCARA FRIDDI  
Città Metropolitana di Palermo  
AREA AMMINISTRATIVA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"  
Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo  
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari,  
Distretto Sanitario n. 38 ASP 6

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

Oggetto: Rimborso spese per trasporto presso Centri ambulatoriali di cura e terapia oncologica.

BENEFICIARIO - II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

FAMILIARE - II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rimborso spese per trasporto presso Centri ambulatoriali di cura e terapia oncologica.

\_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal centro di cura e terapia oncologica dalla quale si evincono le effettive sedute e/o visite di controllo;
- Certificazione ISEE;
- Copia Documento di riconoscimento;
- Copia del Codice Fiscale

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 3 della Legge 04/01/1968 n° 15 e artt. 46 e 47 DPR 445/2000)

AI SENSI DELL'Art. 89 DEL DECRETO LEGISLATIVO 6 settembre 2011, n. 159.

Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, Cod. fiscale: \_\_\_\_\_  
P.I. \_\_\_\_\_ e residente  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della L. 15/68 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della citata legge n. 15/68 e sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

- a) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159;
- b) di non essere convivente con persona confronti dei quali sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159;
- c) che il proprio nucleo familiare è composto da (indicare nome, cognome, data di nascita e codice fiscale di ogni componente maggiorenne e delle persone comunque conviventi);

- d) in caso di associazioni, imprese, società, consorzi e raggruppamenti temporanei di imprese includere nella dichiarazione tutti i dati relativi ai soggetti individuati dall'art.

85 Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, così come previsto dall'art. 23 del  
DPCM 193 del 30/10/2014.

A tal fine si allega

1. Copia carta di identità.

Palazzo Adriano li \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante.

---

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, si allega fotocopia del documento di identità valida