



# COMUNE DI ACI BONACCORSI

PROVINCIA DI CATANIA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A TITOLO DI RIMBORSO SPESE PER IL TRASPORTO IN FAVORE DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP

## AVVISO PUBBLICO

SI RENDE NOTO CHE al fine di favorire l'accesso ai servizi e agli interventi sociali e socio sanitari istituiti ai sensi della vigente legislazione, è consentito richiedere un contributo per spese di trasporto in centri socio-rieducativi di riabilitazione sanitaria e in strutture sanitarie per eseguire terapie salvavita, per l'anno 2023;

Considerato che il Comune di Aci Bonaccorsi non dispone di idonei mezzi di trasporto, ed in attuazione della legge 104/92 e delle leggi regionali in conformità all'attuale politica sociale (legge 328/2000) intende assicurare il servizio di trasporto per mobilità, necessario per le esigenze di cura e terapia dei soggetti portatori di handicap;

Art. 1

### OGGETTO DELL'INTERVENTO

L'intervento consiste nella concessione di un contributo a titolo di rimborso spese, in favore di portatori di handicap gravi impossibilitati sul piano motorio, che hanno utilizzato un mezzo di trasporto privato per recarsi presso i centri di cura e di riabilitazione;

ART. 2

### REQUISITI ESSENZIALI

- i minori di anni 18, portatori di handicap riconosciuti ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992;
- i maggiorenni portatori di handicap riconosciuti ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992;
- possono presentare istanza anche i portatori di handicap riconosciuti ai sensi dell'art.3 comma 1, fermo restando che il Comune provvederà all'eventuale erogazione dei contributi economici in funzione degli stanziamenti di bilancio, tenuto conto che prioritariamente verranno erogati i fondi ai soggetti portatori di handicap grave ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3.

I requisiti richiesti per l'attribuzione del contributo sono i seguenti:

- Certificazione attestante la sussistenza dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3, comma 1 della L. 104/1992, o nelle more del rilascio della stessa, copia della domanda presentata all'INPS o certificazione provvisoria;

- Certificazione rilasciata dal Centro Socio-Rieducativo relativa ai giorni di effettiva presenza;
- Fotocopia documento d'identità;

Il presente contributo non è cumulabile con altre agevolazioni aventi la medesima finalità.

### ART. 3

#### MISURA DELL'INTERVENTO

E' riconosciuto un contributo in ragione di un quinto del costo benzina per i Centri di riabilitazione dal Comune di Aci Bonaccorsi, nel periodo che va dal mese di Gennaio al mese di Dicembre 2023

#### GRADUATORIA

Qualora l'Amministrazione, per insufficienza di fondi, non fosse in grado di soddisfare le richieste, si provvederà a formulare un'apposita graduatoria.

Avverso l'eventuale determinazione di approvazione della graduatoria è ammesso ricorso ai sensi di legge.

#### MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I beneficiari che intendono accedere ai contributi previsti devono presentare domanda presso l'Ufficio Protocollo del Comune, scegliendo una delle seguenti modalità:

-Inviare tramite Pec all'indirizzo [protocollo@pec.comune.acibonaccorsi.ct.it](mailto:protocollo@pec.comune.acibonaccorsi.ct.it) con oggetto: "Rimborso Trasporto Disabili";

-Portando il cartaceo all'Ufficio Protocollo nei giorni: dal Lunedì al Venerdì mattina e Giovedì pomeriggio.

#### PERIODO DELL'INTERVENTO

Il rimborso potrà essere richiesto per le spese di trasporto sostenute per l'anno 2023.

Aci Bonaccorsi  
04/01/2024

Il Responsabile Area Affari Generali Ambiente e Servizi  
Dott. Antonino Borzi



AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI  
**ACI BONACCORSI**

**OGGETTO: Rimborso spese viaggio presso i centri di riabilitazione. 2023**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... residente in Aci Bonaccorsi, Via ..... n. ....  
tel. .... C.F.: ..... nella qualità di .....  
di ..... nato a ..... il .....  
avendo accompagnato il/la proprio/a ..... presso il Centro  
..... con sede in .....  
Via ..... n. .... per effettuare terapia di riabilitazione a regime:

A) Ambulatoriale

B) Semiambulatoriale

**CHIEDE**

Alla S.V. l'erogazione del contributo a titolo di rimborso per le spese effettuate dal .....  
al .....

Allega alla domanda:

- Certificazione attestante l'handicap rilasciata dall'Autorità Sanitaria competente;
- Certificato di frequenza Centro di riabilitazione;
- Coordinate bancarie (codice IBAN) sul quale effettuare la liquidazione, su C/C postale o bancario o libretto postale intestato a .....;
- Fotocopia carta d'identità.

Aci Bonaccorsi, Lì .....

**Il Richiedente**

.....

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Ai sensi e agli effetti di quanto previsto dalla Legge 675/96 in tema di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, dichiaro di essere stato informato di quanto previsto dall'art. 10 della Legge 675/96, e in relazione a quanto sopra autorizzo il Comune di Aci Bonaccorsi a trattare, nei limiti e nelle modalità previste dalla legge, i miei dati personali, compresi quelli sensibili di cui all'art. 22.

Resta inteso che i dati in questione non saranno oggetto di comunicazioni o diffusioni a terzi estranei ai procedimenti di valutazione, controllo o erogazione:

In Fede

.....