

**BANDO PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITA'
CASA-LAVORO NEL DISTRETTO DI LEVANTE NELL' ANNO 2019
(AI SENSI DELLA D.G.R. 2305/2019)**

Spett.
Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di: Responsabile dei Servizi Sociali Assistente Sociale
del: Comune Unione _____
con sede legale in _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____

attesta l'inserimento lavorativo di:

cognome e nome _____
residente a _____
categoria di appartenenza _____
percentuale/categoria invalidità _____
possesso certificazione comma 3, art. 3, Legge 104/1992 SI' NO

Si attesta inoltre che:

- l'utente è inserito presso: la Ditta Ente altro
_____ (indicare Ragione Sociale)

con sede in _____ Via _____

- con il seguente:

progetto socio-educativo individualizzato per l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo:

data inizio _____ data termine _____

tirocinio formativo: data inizio _____ data termine _____

contratto di lavoro subordinato: assunto in data _____

con la qualifica di _____ categoria/livello _____

CCNL applicato _____

- la distanza giornaliera casa-lavoro percorsa giornalmente è pari a Km (indicare il totale andata + ritorno) _____

- per il percorso casa-lavoro l'utente utilizza automezzo proprio SI' NO

- per il percorso casa-lavoro l'utente necessita di trasporto personalizzato su automezzo privato e viene accompagnato da:

coniuge, parenti o affini di terzo grado anche non conviventi;

- colleghi di lavoro
- associazione di volontariato _____
- _____

- vi sono non vi sono servizi di trasporto pubblico fruibili per raggiungere la sede di lavoro

- la distanza casa - lavoro nell'anno 2019 è percorsa come a seguito specificato (indicare il totale andata + ritorno):

Gennaio 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Febbraio 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Marzo 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Aprile 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Maggio 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Giugno 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Luglio 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Agosto 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Settembre 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Ottobre 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Novembre 2019: n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____
 Dicembre 2019 :n. viaggi (tot. a.+r.) _____ per km percorsi (tot. a.+r.) _____

TOT. VIAGGI _____

TOT. KM _____

Si chiede pertanto

per l'anno 2019, la concessione del contributo (fino al limite massimo di euro 3.000,00) di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 2305/2019 per il rimborso delle spese sostenute per la mobilità casa-lavoro di cittadini disabili che, inseriti in attività lavorative, necessitano di servizio di trasporto personalizzato a causa della particolare disabilità e/o della indisponibilità e/o inadeguatezza di mezzi di trasporto pubblici.

A tal fine si comunicano i seguenti dati necessari all'accredito del contributo:

BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO

cognome, nome	
data e luogo di nascita	
Comune di residenza	
indirizzo e n. civico	
codice fiscale	
IBAN	
Istituto di Credito/filiale	

INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE SU CUI VERRA' ACCREDITATO IL CONTRIBUTO (se diverso dal beneficiario)

cognome, nome	
data e luogo di nascita	
Comune di residenza	
indirizzo e n. civico	
codice fiscale	
IBAN	
Istituto di Credito/filiale	
Rapporto con il beneficiario (<i>es. padre, madre, tutore, amministratore di sostegno...</i>)	

(N:B: eventuali variazioni dei dati sopra indicati avvenute dopo la presentazione della domanda dovranno essere tempestivamente comunicate al Comune di Fiorenzuola d'Arda)

Si allegano i seguenti documenti:

- fotocopia carta identità beneficiario
- fotocopia codice fiscale beneficiario
- fotocopia verbale invalidità
- fotocopia IBAN

Si allega inoltre (solo se l'intestatario del conto corrente su cui verrà accreditato il contributo è diverso dal beneficiario):

- fotocopia carta identità beneficiario
- fotocopia codice fiscale beneficiario
- fotocopia IBAN

DATA

FIRMA (*del Responsabile del caso*)

A CURA DEL COMUNE DI FIORENZUOLA D'ARDA

DOMANDA PROT. N. _____ DEL _____
SIG./RA _____
RESIDENTE A _____

INOLTRATA DA _____
IN QUALITA' DI: RESPONSABILE SERV. SOCIALE ASS. SOCIALE
DELL' ENTE: UNIONE _____ COMUNE _____
CON SEDE _____
TEL. _____ CELL. _____ MAIL _____

- TOT. N. VIAGGI CASA/LAVORO 2018 (A.+R.) _____
- TOT. KM PERCORSI CASA/LAVORO 2018 (A.R.) _____

CRITERIO	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO ASSEGNATO
gravità dell'invalidità	- da 46% a 69%: 4 punti - da 70% a 100%: 7 punti - 100% + accomp.: 9 punti	
fruibilità (presenza di servizi di trasporto pubblico in prossimità dell'abitazione e del luogo di lavoro)	- servizi di trasporto pubblico fruibili: 5 punti - servizi di trasporto pubblico non fruibili: 15 punti	
frequenza media settimanale	- inferiore a 3 gg /settimana: 8 punti - superiore 3 gg/settimana: 12 punti	
livello di autonomia negli spostamenti	- da solo: 7 punti - con accompagnatore: 13 punti	
distanza giornaliera casa/lavoro percorsa (totale andata + ritorno, in km)	- fino a 5,00 km: 3 punti - da 5,01 a 15,00 km: 8 punti - oltre 15,01 km: 9 punti	
	TOT.	

- **CONTRIBUTO MASSIMO ASSEGNABILE** (EURO 0,40 /KM PER TOT. KM 2018 PERCORSI): **EURO** _____

- **CONTRIBUTO ASSEGNATO: EURO** _____

NOTE: _____
