



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILIA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)
C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Tel. 0864-824227 - ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it



Al Comune di Castel di Sangro
ECAD dell'Ambito Sociale
n. 6 Sangrino

MODULO DI RICHIESTA SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE

Il/La sottoscritto/a:

- Cognome _____
- Nome _____
- Nato/a a _____ il _____
- Residente a _____
via/piazza _____
- Telefono _____
- Codice Fiscale _____

Dati del medico curante / struttura di riferimento

- Nome e cognome del medico curante _____
 - Struttura sanitaria di riferimento _____
 - Indirizzo della struttura _____
-

CHIEDE

di poter usufruire del servizio “**Trasporto Sociale**” attivo nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 6 Sangrino, dedicato prioritariamente a pazienti oncologici e pazienti sottoposti a dialisi, in condizioni di fragilità socio-economica.

Motivazione della richiesta:

- ☐ Paziente oncologico
- ☐ Paziente sottoposto a trattamento dialitico
- ☐ Altro (specificare) _____;
-

AL RIGUARDO DICHIARA

Di essere in possesso di almeno uno dei requisiti che si chiede di indicare:

- ☐ Età superiore ai 65 anni o Disabilità di natura fisica, psichica, sensoriale (dimostrabile con apposita certificazione L.104-92);
- ☐ Età superiore ai 18 anni ma in particolari situazioni di bisogno, anche temporaneo, per motivi sanitari e/o socio familiari, verificati dall'Ufficio Servizi Sociali;
- ☐ Segnalazione da parte dei servizi socio-sanitari e dai MMG.

Di appartenere alla fascia ISEE che si chiede di indicare:

A. ISEE – INDICATORI ECONOMICI		
	1 FASCIA	Euro 0,00 – Euro 8.000,00
	2 FASCIA	Euro 8.000,01 – Euro 15.000,00
	3 FASCIA	Euro 15.000,01 – Euro 25.000,00
	4 FASCIA	Euro 25.000,01 – Euro 40.000,00
	5 FASCIA	Oltre Euro 40.000,01

Di appartenere ad una delle seguenti categorie che si chiede di indicare:

B. INDICATORI DI FRAGILITÀ SOCIALE	
	Soggetto che vive solo
	Nucleo al cui interno è presente altro soggetto disabile/invalido
	Assenza di parenti fino al terzo grado residenti entro una distanza di km 50
	Impossibilità utilizzo mezzo proprio (il nucleo familiare non dispone di autovettura/nessuno dei componenti ha la patente)

DICHIARA

- di essere a conoscenza che sulla base dell'attestazione ISEE degli utenti, il servizio prevede una quota di compartecipazione calcolata come di seguito specificato:

QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE		
1 FASCIA	Euro 0,00 – Euro 8.000,00	per gli utenti della 1 FASCIA, 2 FASCIA e 3 FASCIA, non è prevista alcuna compartecipazione che sarà totalmente a carico del Comune di residenza.
2 FASCIA	Euro 8.000,01 – Euro 15.000,00	
3 FASCIA	Euro 15.000,01 – Euro 25.000,00	
4 FASCIA	Euro 25.000,01 – Euro 40.000,00	per gli utenti della 4 FASCIA, la compartecipazione è per il 50% a carico dell'utente e per il 50% a carico del Comune di residenza.
5 FASCIA	Oltre Euro 40.000,01	per gli utenti della 5 FASCIA, la compartecipazione è totalmente a carico dell'utente.



E.C.A.D. N. 6 "SANGRINO"
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)
C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Tel. 0864-824227 - ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it



- di accettare quanto previsto dal **Regolamento del Servizio "Trasporto Sociale"** approvato in Conferenza dei Sindaci del 26 Settembre 2025;
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)** per le sole finalità connesse alla gestione del servizio.

Si allega:

- ☐ Documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Certificazione di malattia rilasciata dal medico curante e/o specialista che attesti la specifica patologia;
- ☐ Certificazione di invalidità (se in possesso);
- ☐ Certificazione della L. 104/92 art. 3 comma 1 o 3 (se in possesso);
- ☐ Altro (specificare) _____;

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma del Richiedente
