**SOL·LICITUD D’AJUT INDIVIDUAL DE TRANSPORT ADAPTAT PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT I/O DEPENDÈNCIA DE LA COMARCA DE L’ANOIA (anualitat 2024)**

|  |
| --- |
| **DADES DEL CENTRE** |
| **Centre de destinació:** |
| **Adreça:** |
| **Població:** | **Codi postal:** |
| **Tipus de centre (marqueu amb x)** |
| **GENT GRAN** | **PERSONES AMB DISCAPACITAT** |
|[ ]  **Centre de dia** |[ ]  **Taller ocupacional** |
|[ ]  **Hospital de dia** |[ ]  **Centre de dia** |
|[ ]  **Altres (especificar):**  |[ ]  **Altres (especificar):** |
|  |
| **Utilitza transport (marqueu amb x):** [ ] **Individual** [ ]  **Col·lectiu** |
|  |
| **DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA** |
| **Nom:** | **Cognoms:** |
| **DNI/NIE:** | **Telèfon:** | **Edat:** |
| **Gènere:** [ ]  **Home** [ ]  **Dona** [ ]  **No Binari** | **Necessita cadira de rodes?** [ ]  **Si** [ ]  **No** |
| **Adreça:** | **Població:**  | **CP:** |
|  |
| **Atès pels Serveis Socials del municipi (marqueu amb x):** [ ]  **Si** [ ]  **No** |

|  |
| --- |
| **DADES DE LA PERSONA TUTORA LEGAL/ASSISTENT (en cas que hi hagi sentència judicial)** |
| **Nom:** | **Cognoms:** |
| **DNI/NIE:** | **Telèfon:**  |

|  |
| --- |
| **DADES PER A NOTIFICACIONS (escollir una opció)** |
|[ ]  **Correu electrònic** |  |
|[ ]  **Correu postal** | Adreça:Població: C.P.:  |

|  |
| --- |
| **DADES BANCÀRIES (LA PERSONA BENEFICIÀRIA HA DE SER TITULAR)** |

**Adjuntar CERTIFICAT DE TITULARITAT BANCÀRIA i, en cas contrari, complimentar i signar per l’entitat bancària:**

|  |
| --- |
| **Nom de l’entitat:** |
| **Nom del titular del compte corrent (ha de ser la persona beneficiària):** |
| **DNI/NIE:** |
| **Número de compte corrent:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Signatura i segell de l’entitat bancària**

* El fet de signar aquesta sol·licitud implica l’ACCEPTACIÓ DE LES BASES DE LA CONVOCATÒRIA D’AJUTS INDIVIDUALS DE TRANSPORT ADAPTAT PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT I/O DEPENDÈNCIA DE LA COMARCA DE L’ANOIA a més de l’AUTORITZACIÓ al Consell Comarcal de l’Anoia de posar-se en contacte amb la persona sol·licitant a través de mitjans electrònics, d’acord amb la Llei 11/2007, de 22 de juny, d’accés electrònic dels ciutadans als serveis públics.

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓ RESPONSABLE de la persona beneficiària o de la persona tutora legal/assistent** |

Jo (nom i cognoms)..................................................................................................... amb numero DNI/NIE ........................................, declaro:

[ ]  **NO** disposo de targeta d’aparcament ni de vehicle propi, del qual en sigui conductor.

[ ]  **NO** utilitzo el servei de centre de dia privat.

[ ]  **NO** utilitzo el servei de transport d’Àuria Grup amb beca.

[ ]  **NO** he renunciat, durant el 2024 a cap plaça col·laboradora de centre de dia més pròxim al meu municipi d’empadronament.

[ ]  **NO** percebo l’ajut PUA per transport adaptat.

[ ]  **NO** tinc gratuïtat en el servei de transport adaptat pel qual demano aquest ajut individual (ja sigui finançat per l’Ajuntament o el mateix centre).

[ ]  **NO** [ ]  **SI** percebo un ajut econòmic per assumir part del cost del transport:

* Quantia total anual: ...................
* Administració o entitat concedent: ..............................................

|  |
| --- |
| **Nom i Cognoms:**  |
| **Data:** **Signatura** |
| El signatari autoritza al Consell Comarcal de l’Anoia a accedir a les dades derivades de la gestió d’acord amb la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció a l’autonomia i atenció a la dependència, així com a comprovar els possibles ajuts sol·licitats (PUA i altres) i targeta d’aparcament. |
| Podreu trobar la documentació i les Bases de la Convocatòria d’ajuts individuals de transport adaptat per a persones amb mobilitat reduïda a la comarca de l’Anoia a l’adreça següent <http://www.anoia.cat/departaments/benestar-social/serveis-socials-especialitzats/unitat-de-vellesa-discapacitat-i-salut-mental/discapacitat/> |

|  |
| --- |
| Avís legal: D’acord amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals us informem que les dades facilitades podran ésser registrades en un fitxer automatitzat. El tractament d’aquesta informació és confidencial i només podrà ser usada per a la tramitació de l’expedient associat a aquesta petició i cedida a altres administracions públiques en els supòsits legalment previstos i quan sigui necessari per al compliment de les seves finalitats. Podeu exercir drets d’accés, rectificació, cancel·lació i oposició per escrit al Consell Comarcal de l’Anoia, Plaça Sant Miquel, 5, d’Igualada.  |

**(1) Si la documentació a presentar són les mateixes dades que la convocatòria anterior, no caldrà adjuntar-la.**

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓ OBLIGATÒRIA A PRESENTAR PER TOTES LES SOL.LICITUDS** |

- Imprès de sol·licitud degudament emplenada.

- Volant d’empadronament.

- Fotocòpia del DNI o NIE de la persona sol·licitant ***(1)***

- Certificat de titularitat de l’entitat bancària o bé complimentar el quadre de la segona pàgina.

- Documentació acreditativa d’ús d’una plaça a un servei social especialitzat de la xarxa pública **(veure document adjunt)**

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓ COMPLEMENTÀRIA** |

1. ***PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT*** (servei de centre de dia per a persones amb discapacitat o similar) – si s’escau, s’haurà de justificar la documentació acreditativa de trobar-se en alguna de les situacions següents:

|  |  |
| --- | --- |
| * Certificat de discapacitat emès per l’ ICASS on consti la superació del barem de mobilitat reduïda ***(1)***
 | Fotocòpia de la resolució del grau de discapacitat emès pel Centre d’Atenció a les Persones amb Discapacitat del Departament de Benestar i Família o per altres organismes competents d’altres Comunitats Autònomes. |
| * Certificat de discapacitat emès per l’ ICASS on consti la superació del barem de l’acompanyant ***(1)***
 |
| * Sentència judicial d’incapacitació legal (tutoria) o resolució de les mesures judicials de suport (assistent) ***(1)***
 | Fotocòpia de la resolució de la sentència judicial del procés d’incapacitació. |

1. ***PER A PERSONES AMB DEPENDÈNCIA*** (servei de centre de dia per a persones grans o similar) – si s’escau s’haurà de justificar la documentació acreditativa de trobar-se en alguna de les situacions següents:

|  |  |
| --- | --- |
| * + Resolució de grau i ús del centre d’atenció diürna de la persona.
 | Fotocòpia de la resolució del grau de discapacitat emès pel Centre d’Atenció a les Persones amb Discapacitat del Departament de Benestar i Família o per altres organismes competents d’altres Comunitats Autònomes. |
| * Diagnòstic de demència emès pel metge o metgessa de la xarxa pública de salut ***(1)***
 | Informe mèdic emès pel metge o metgessa de la xarxa pública de salut on consti el diagnòstic de demència |
| * Sentència judicial d’incapacitació legal (tutoria) o resolució de les mesures judicials de suport (assistent) ***(1)***
 | Fotocòpia de la resolució de la sentència judicial del procés d’incapacitació. |

**C) *DOCUMENTACIÓ EN CAS DE TUTORIA O CURATELA:***

- Fotocòpia del DNI o NIE de la persona Tutora o Assistent.

***D) DOCUMENTACIÓ EN CAS D’UTILITZAR TRANSPORT COL.LECTIU:***

- Factures acreditatives d’ús de transport col·lectiu per acudir al centre d’atenció diürna.

**TERMINIS i PRESENTACIÓ DE SOL·LICITUDS:**

Les persones sol·licitants han de presentar la sol·licitud i la documentació corresponent a partir **del dia 20 de setembre al 21 d’octubre de 2024 (ambdós inclosos)**, mitjançant **cita prèvia** trucant al Tel: 938.051.585 Extensió 1 de 08:00 a 15:00 h però també es podrà presentar telemàticament accedint a la seu electrònica de la nostra web a través del model d’Instància genèrica (incloent la sol·licitud).

**CÀLCUL DE LA QUANTIA A OTORGAR**

**L’ import anual màxim per a la persona sol·licitant per a aquest tipus d’ajuts individuals serà del 50% del cost segons el càlcul:**

En funció dels quilòmetres de viatge anual, que es determinaran multiplicant la distància entre el domicili de la persona sol·licitant i el centre d’atenció diürna x nombre de viatges a la setmana x 52 setmanes a l’any.

Els quilòmetres de viatge anual es multiplicaran per un preu quilòmetre en funció dels següents trams de viatge:

* Fins a 1.315 Km anuals a raó de 0,19 €/Km
* A partir de 1.315,01 Km anuals a raó de 0,095 €/Km +125 €

En cas de compartir el vehicle amb altres persones que siguin possibles beneficiàries d’aquests ajuts individuals, el càlcul serà proporcional a les persones que utilitzin el mateix vehicle.

Les persones que utilitzin vehicles de servei públic, tan col·lectius o d’auto taxi, l’ import becat serà el 50% del cost justificat, amb el límit pressupostari de la convocatòria.

Tanmateix, l’import becat no podrà superar els 600 €/anual per a persones que utilitzin vehicle propi i de 1.100 €/anual per a persones que utilitzin un servei públic.

La persona sol·licitant mai podrà optar a un import becat superior al cost del trajecte ni major al que amb la suma d’altres imports subvencionats per altres Administracions superi el cost del trajecte/servei de transport.

En cas que la despesa total de la convocatòria sigui superior a la consignació pressupostària, els imports s’atorgaran de manera prorratejada entre totes les persones beneficiàries en funció de l’assignació inicial de subvenció.

Els ajuts que es puguin concedir estan subjectes a limitació pressupostària, segons les disponibilitats econòmiques del Consell Comarcal de l’Anoia i, no generen dret de continuïtat en l’assignació de finançament a les persones beneficiàries per a exercicis successius.

**RESOLUCIÓ D’ADJUDICACIÓ :** La resolució es publicarà **el mes de desembre de 2024** al tauler d’Anuncis del Consell Comarcal de l’Anoia (www.anoia.cat) i es farà arribar a cada persona sol·licitant.

**CERTIFICAT D’ASSISTÈNCIA AL CENTRE D’ATENCIÓ DIÜRNA**

Jo, .................................................................... amb DNI/NIE ............................. en qualitat de .................................del centre diürn ...............................................

**CERTIFICO:**

Que la persona ............................................................., amb DNI/NIE ........................................ és usuària del nostre servei diürn des de ...................................................... **(1),** amb una intensitat de ........ (numero de dies/setmana), amb plaça col·laboradora.

I perquè així consti als efectes oportuns, signo el present certificat.

Signatura i segell del Centre

..........................., ..................................... 2024

1. ***Data d’ingrés***