



## **Modulo di iscrizione**

Il servizio di trasporto 'Muoviamociinsieme' provvede a spostamenti, dall'origine alla destinazione, entro il Comune di Napoli; il servizio è basato su un avanzato sistema di prenotazioni e diretto a chi, a causa della propria disabilità fisica o mentale, è impossibilitato a utilizzare il servizio di trasporto pubblico (bus-metro).

### **ISTRUZIONI**

Si prega il candidato di prendere visione del **REGOLAMENTO** e di compilare questo questionario; se qualche quesito non attiene alla propria situazione, cancellarlo con un frego visibile.

Qualora il candidato non possa compilare autonomamente il questionario può essere aiutato a farlo da chiunque.

La domanda sarà elaborata in 1 settimana.

Il servizio Muoviamociinsieme ha la durata di 1 anno dalla data di rilascio della tessera, salvo diversamente specificato.

Tutte le informazioni rilasciate saranno utilizzate per determinare il diritto ad usufruire del servizio e di ogni assistenza necessaria.

Le informazioni fornite sono strettamente riservate.

Per la tessera di identificazione sono necessarie 2 foto-tessera sul retro delle quali vanno annotati nome e cognome.

La pratica non sarà trattata se perverrà senza le fotografie.

E' necessario fornire una fotocopia del documento di riconoscimento ed eventualmente su richiesta specifica dell'associazione una fotocopia del decreto di invalidità.

Per chiarimenti ed ulteriori informazioni telefonare a:

Ileana Esposito Lepre    3356973981

Il questionario completato va consegnato, a scelta:

- via e-mail a [info@cosyforyou.org](mailto:info@cosyforyou.org)

### **TERMINI E CONDIZIONI DI ACCETTAZIONE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, dichiaro di aver attentamente preso visione del **REGOLAMENTO** in allegato e di accettarne tutte le clausole.

Confermo che tutte le informazioni fornite in questo questionario sono vere per quanto ne sappia.



Sono consapevole che la mia domanda sarà soggetta a verifica e controllo anche dopo il rilascio della tessera e che ogni contraffazione del materiale informativo o dichiarazione falsa relativamente ai requisiti sarà causa di revoca della mia iscrizione.

Sono consapevole che dovrò informare la cooperativa Cosy for you se non avrò più necessità di utilizzare il servizio per qualsiasi ragione, incluso eventuali modifiche alla mia capacità di utilizzare il servizio pubblico.

Sono a conoscenza che l'impossibilità di rispondere ad ulteriori richieste di informazioni - atte a verificare le dichiarazioni fatte sul questionario- dopo il rilascio della tessera, sarà causa di sospensione o revoca della mia condizione di avente diritto a questo servizio.

Sono inoltre a conoscenza che eventuali ostacoli all'adesione del regolamento nonché alle procedure per usufruire della tessera quale avente diritto, saranno anch'essi causa di sospensione del servizio, come sopra.

FIRMA DEL CANDIDATO

DATA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se qualcun'altro ha compilato al posto del candidato inserire le seguenti informazioni:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Rapporto con il candidato \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI NECESSARIE ALL'IDENTIFICAZIONE (scrivere chiaramente )

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Appartamento n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono casa \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Telefono ufficio \_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_.

**Cooperativa sociale onlus  
Tour Operator /Agenzia di viaggi**



N° di polizza assicurativa

(opzionale) \_\_\_\_\_

Sesso:

.. M

.. F

FIRMA DEL CANDIDATO

DATA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se qualcun'altro ha compilato al posto del candidato inserire le seguenti informazioni:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Rapporto con il candidato \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Persone da contattare in caso di emergenza:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Telefono casa \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Telefono ufficio \_\_\_\_\_

Relazione con il candidato \_\_\_\_\_

Importante: l'associazione Peepul deve essere informata di ogni cambiamento delle informazioni fornite sopra chiamando al N°3356973981

**QUESTIONARIO ALLEGATO ALLA RICHIESTA D' ISCRIZIONE**

1) Come hai viaggiato negli ultimi 6 mesi?

.. Autobus

.. Metropolitana

.. Auto

.. Taxi

.. Pulmino

.. A piedi

.. Ambulanza

.. Ricevendo passaggi

.. Altro \_\_\_\_\_

2) Hai l'abbonamento ai mezzi pubblici?

.. SI



.. NO

3) La tua disabilità è:

- .. Temporanea
- .. Permanente
- .. Non so

4) Se temporanea indica quanto tempo credi che continui la disabilità temporanea:

- .. 2 mesi
- .. 3mesi
- .. 6 mesi
- .. sempre
- .. Altro \_\_\_\_\_

5) Indica qual è il dispositivo di supporto che usi quando sei fuori casa:

- .. Non ho bisogno di dispositivi di supporto
- .. Respiratore/bombola dell'ossigeno
- .. Protesi
- .. Animali che provvedano all'assistenza
- .. Sedia a rotelle (f) Sedia motorizzata
- .. Scooter
- .. Bretelle
- .. Stampelle
- .. Deambulatore
- .. Altro \_\_\_\_\_

6) Se hai un animale di assistenza indica il compito che può eseguire per te:

- .. Mi guida
- .. Mi mette in guardia
- .. Mi tira
- .. Prende notizie per me (spiega come \_\_\_\_\_ )
- .. Altro \_\_\_\_\_

7)Saresti capace di viaggiare in metro o bus se Muoviamocinsieme ti portasse da casa tua alla fermata?

- .. Dalla fermata a casa
- .. Dalla destinazione finale alla fermata
- .. Impossibile

8) Sei in grado di andare dalla fermata a casa tua da solo e/o con un dispositivo di supporto?



- .. SI
- .. NO
- .. Qualche volta (descrivi le circostanze \_\_\_\_\_ )

9) Da solo o usando un dispositivo di supporto puoi salire, stare e scendere da un bus quando l'elevatore è abbassato?

- .. SI
- .. NO
- .. A VOLTE (descrivi la circostanza \_\_\_\_\_ )

10) Ogni quanto viaggi su un autobus ?

- .. Ogni giorno
- .. Settimanalmente
- .. Mensilmente
- .. Mai

11) Se hai usato i mezzi pubblici in passato, quando hai smesso?

\_\_\_\_\_

Perché

12) Se non puoi salire /scendere i gradini di un bus ,sei capace di usare un elevatore?  
(ricorda che chi non può usare i gradini ha il diritto di salire o scendere, usando l'elevatore)

- .. SI spesso \_\_\_\_\_
- .. NO mai \_\_\_\_\_
- .. A VOLTE sulla linea \_\_\_\_\_
- .. Non ho mai trovato autobus con elevatore \_\_\_\_\_
- .. Non So

13) Sei capace di identificare, capire la distanza e l'itinerario che un autobus percorre?

- .. SI
- .. NO
- .. SOLO QUANDO LA FERMATA VIENE ANNUNCIATA
- .. A VOLTE

14) Sai determinare quando sei vicino alla tua destinazione e devi scendere?

- .. SI
- .. NO
- .. SOLO QUANDO L'AUTISTA ANNUNCIA LE FERMATE



.. A VOLTE

15) Da solo o usando il dispositivo di supporto sei capace di andare e tornare dalla piattaforma della stazione e all'ingresso della strada?

- .. SI
- .. NO
- .. A VOLTE
- .. Non so dove siano i dispositivi di supporto

16) Se sei impossibilitato a prendere tutti i mezzi pubblici (metro e bus) segna il motivo con una crocetta la seguente lista:

- .. Penso sia rischioso viaggiare su autobus
- .. Non gradisco viaggiare su autobus
- .. La distanza dalla fermata è troppa
- .. Penso sia rischioso viaggiare in metro
- .. La stazione della metro è lontana
- .. Non gradisco viaggiare in metro
- .. La stazione non ha l'elevatore
- .. Non c'è il marciapiede pavimentato e con rampe
- .. Solo in caso di cattivo tempo
- .. Solo in caso di troppo freddo
- .. Solo in caso di strade dissestate
- .. Solo in caso di troppo caldo

17)SEGNARE CON UNA CROCETTA LE DISABILITA' ED I SINTOMI CHE TI IMPEDISCONO DI SALIRE / STARE E SCENDERE DAI MEZZI PUBBLICI:

#### CARDIOVASCOLARI /POLMONARI

- .. Angina
- .. Arteriosclerosi
- .. asma
- .. Intervento di bypass Data \_\_\_\_\_
- .. Ostruzione polmonare cronica
- .. Congestione del cuore(fallimento)
- .. Fibrosi cistica
- .. Enfisema
- .. Infarto Data \_\_\_\_\_
- .. Ipertensione
- .. Malattie vascolari (flebiti/trombosi)
- .. Altro \_\_\_\_\_

#### MEDICINA GENERALE



- .. Aids
- .. Atrofia
- .. Chemio
- .. Diabete
- .. Edema
- .. Epilessia
- .. Lupus
- .. Artrite reumatoide
- .. Dialisi renale
- .. Radioterapia
- .. Altro \_\_\_\_\_

#### VISTA

- .. Un occhio
- .. Entrambi
  
- .. Cataratte
- .. Glaucoma
- .. degenerazione maculare
- .. Distacco retina
- .. Parzialmente cieco
- .. Totalmente cieco
- .. Altro \_\_\_\_\_

#### NEUROMUSCOLARI

- .. ALS/malattia di Lou Gherig
- .. Paralisi cerebrale
- .. Charcot-Marie Tooth Sindrome
- .. Equilibrio
- .. Fibromialgia
- .. Emiplegia /emiparesi
- .. Sclerosi multipla
- .. Distrofia muscolare
- .. Neuropatico
- .. Paraplegia
- .. Malattia di Parkinson
- .. Polio
- .. Quadriplegia
- .. Sciatica
- .. Spina bifida
- .. Trauma cerebrale                      Data \_\_\_\_\_
- .. TIA's(Attacco Ischemico momentaneo)
- .. Altro \_\_\_\_\_



## ORTOPEDIA

- .. Amputazione Specificare.....
- .. Frattura /Rottura
- .. Malattia degenerativa delle articolazioni
- .. Gotta
- .. Sostituzione anca
- .. Sostituzione ginocchio
- .. Osteoporosi
- .. Osteoartrite
- .. Scoliosi
- .. Spondilite

## COGNITIVI / PSICOLOGICI

- .. Malattia di Alzheimer
- .. Disturbi da deficit di apprendimento
- .. Schizofrenia
- .. Autismo
- .. Demenza
- .. Trauma cranico
- .. Ritardo mentale
- .. Disturbi da panico
- .. Altro \_\_\_\_\_

Per ogni disabilità o sintomo prima segnalato, descrivere come esso non permette di salire / stare /scendere dai mezzi pubblici

---

---

---

18) Dalla tua residenza quali sono gli indirizzi delle tue 3 destinazioni più frequenti?

1°indirizzo:

Strada \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Frequenza:

- .. GIORNALIERA
- .. SETTIMANALE
- .. MENSILE

2°Indirizzo:

Strada \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_



**Cooperativa sociale onlus  
Tour Operator /Agenzia di viaggi**



Frequenza:

- .. GIORNALIERA
- .. SETTIMANALE
- .. MENSILE

3°Indirizzo:

Strada \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Frequenza:

- .. GIORNALIERA
- .. SETTIMANALE
- .. MENSILE

19)Quante volte esci da casa per recarti a svolgere attività di svago, divertimento o culturali?

.....

20)Specifica quali:

.....  
.....

21)Attualmente viaggi con un assistente che si prende cura di te?

SI

NO

A VOLTE

NON HO ASSISTENTI

22)Se hai bisogno di un assistente per uscire , che genere di persona vuoi che viaggi con te e cosa fa l'assistente per te?.....

.....  
.....

23)Con chi altro generalmente ti rechi a svolgere queste attività?

.....  
.....

24)In queste occasioni sei stata soddisfatto/a in genere del grado di preparazione tecnica degli assistenti o degli accompagnatori per aiutare persone con la tua disabilità?

.....  
.....

25)E sei stata soddisfatto/a della capacità di offrirti una compagnia gentile, simpatica e culturalmente adeguata da parte delle persone che generalmente ti accompagnano?



.....  
.....  
.....

..  
26)Ti è facile trovare persone umane e capaci di instaurare un rapporto amichevole?

.....  
-----

27)Per quali fonti reperisci generalmente le persone che ti accompagnano?

.....  
.....  
-----

28)Quali desideri , bisogni e suggerimenti vuoi esprimerci relativamente a questo aspetto della vita dei disabili per migliorare la nostra attività?

.....  
.....  
-----

29)Opzionale:

Se credi che le domande su questo modulo non descrivano correttamente l' impossibilità a viaggiare, ti invitiamo a scriverci ogni informazione aggiuntiva che vorresti farci considerare.

Se vuoi puoi attaccare fogli addizionali.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

30) Servizio di sottoscrizione , apporre una crocetta...

..            se attualmente ci si avvale di 'Muoviamociinsieme' e si vuole continuare ad usufruire del nostro servizio

..            se si vuole apportare qualche modifica al proprio servizio di sottoscrizione, dopo aver comunque completato il modulo

**PER PIACERE RICORDA CHE:**

- Devi far pervenire 2 foto-tessera recenti
- Devi completare e firmare la sezione di accordo
- Devi completare l'intero modulo rispondendo ad ogni domanda

**Cooperativa sociale onlus  
Tour Operator /Agenzia di viaggi**



**CONDIZIONI PER POTER USUFRUIRE DEL SERVIZIO MUOVIAMOCINSIEME  
OFFERTO DALLA COOPERATIVA SOCIALE COSY FOR YOU**

**Trattamento dei dati personali**

Ricevuta l'informativa sul 'Codice in materia' di protezione dei dati personali' ai sensi del D.Lgs.n.196 del 30-6-2003 , il sottoscritto consente il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle condizioni generali di assicurazione ed esonera la cooperativa speciale Cosy For You da ogni responsabilità per quanto potrà accadere ai partecipanti , cose o terzi, durante e dopo lo svolgimento delle attività di accompagnamento e compagnia al di là di quanto previsto dalla polizza stessa.

Napoli,.....Firma leggibile per esteso