



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4 CASTELTERMINI

PROVINCIA DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

Determinazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano Distrettuale

N. 18 del registro Data 19/11/2018	OGGETTO: Erogazione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – per l'anno 2017 - D.A. n.3039/S5 del 14/11/2017.
---	--

L'anno duemiladiciotto, il giorno diciannove del mese di novembre,

IL COORDINATORE
Dott. Calogero Sardo

Vista la Legge 08.11.2000 , n.328 “ Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Visto l'avviso dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 6715 di prot. del 16.02.2012, con il quale il Ministero ha destinato i Fondi per la Non Autosufficienza esclusivamente in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

Visto il D.A. n.2201 del 07/08/2017, dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con il quale è stato approvato l'avviso pubblico concernente i progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), con relativa copertura finanziaria;

Vista la propria determinazione n. 20 del 23/10/2017, avente per oggetto “Approvazione elenco aventi diritto- concessione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – 1^ e 2^ semestre anno 2017 – D.A. n.2201 del 07/08/2017”.

Visto il D.D.G n.3039/S5 del 14/11/2017 dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con i quali sono state assegnate, a questo Distretto Socio-Sanitario D.4, le quote relative al sostegno in argomento per l'anno 2017, per un importo complessivo di € 11.595,76 così come specificato negli allegati al Decreto de quo e precisamente:

- € 3.570,06 capitolo n.183352,
- € 8.025,70 capitolo n.183357;

Considerato che anche per l'anno 2017 non c'è stata nessuna variazione relativa all'unico avente diritto il sostegno economico SLA in possesso dei requisiti prescritti;

Ritenuto di dovere procedere alla liquidazione di complessivi € 11.595,76, per l'anno 2017, all'avente diritto al sostegno economico in quanto familiare di soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), composto, nello specifico, dal beneficiario: *Rizzo Stefana nata a Santa Elisabetta il 15.04.1946 e residente a Casteltermini, via On.Bonfiglio, n.96*, familiare dell'assistito Scarnà Vincenzo nato a Casteltermini il 12.05.1945 e ivi residente in via On.Bonfiglio, n.96;

per quanto sopra

DETERMINA

Di erogare la somma complessiva di €11.595,76 (€ 3.570,06 capitolo 183352 ed € 8.025,70 capitolo 183357) per l'anno 2017 alla signora **Rizzo Stefana** nata a Santa Elisabetta il 15.04.1946 e residente a Casteltermini, via On.Bonfiglio,n.96, C.F. RZZSFN46D55I185N, a titolo di sostegno economico in quanto familiare di Scarnà Vincenzo nato a Casteltermini il 12.05.1945, soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) - D.A. n.899/S5 del 11.05.2012;

Di accreditare la superiore somma presso il C/C bancario del Credito Cooperativo San Biagio Platani agenzia di Casteltermini – IBAN: IT 79 S 08800 82890 000000050137 –

Di dare atto, altresì, che la presente determinazione sarà pubblicata all'Albo on line dell'Ente, in quanto capofila del Distretto Socio-Sanitario D4;

Di fare fronte alla spesa con i fondi accreditati dall' dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

IL COORDINATORE

f.to Dott. Calogero Sardo

Avvertenze

Al sensi del comma 4 dell'art.3 della legge 7 agosto 1990 n.241 s.m.l. avverso il presente provvedimento è ammesso:

- Ricorso giudiziale al TAR di Palermo ai sensi dell'art. 2, lett.2) e art.21 della l. n.1034/1971 e ss.mm. entro il termine di giorni sessanta dalla data di scadenza del termine di pubblicazione ovvero da quello in cui l'interessato ne abbia ricevuto la notifica o ne abbia comunque avuto piena conoscenza;
- Ricorso straordinario al presidente della regione per i motivi di legittimità entro 120 giorni decorrenti dal medesimo termine di cui sopra.

Determina di Coordinatore Uff. di Piano Distrettuale n. 18 del 19/11/2018

OGGETTO: Erogazione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – per l'anno 2017 - D.A. n.3039/S5 del 14/11/2017.

ATTESTAZIONE
IL RAGIONIERE CAPO DEL COMUNE CAPOFILA

Parere di regolarità contabile ai sensi dell'art.151 coma 4 del D.Lgs. n.267/2000, recepito dall'art.551 del testo coordinato delle Leggi regionali, relativo all'ordinamento degli EE.LL.

Data 11/12/2018

Imp. 523

Il Responsabile del Servizio Finanziario
f.to Teresa Spoto

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
IL RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE ON LINE

CERTIFICA

Che la presente Deliberazione è stata pubblicata all'Albo on-line dal _____

al _____ per quindici giorni consecutivi.

dalla residenza comunale lì, _____

Il Responsabile della pubblicazione on-line
