



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

CASTELTERMINI

LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

Determinazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano Distrettuale

N. 18 del registro	OGGETTO: Riproposizione det. n.38 del 29.09.2016
Data 19.09.2017	“Erogazione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – periodo gen-giu/ 2016 e lug-dic/2016 - D.A. n.899/S5 del 11.05.2012”

L'anno duemiladiciassette, il giorno diciannove del mese di settembre, nell'ufficio di Piano Distrettuale.

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.899/S5 del 11.05.2012, 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;

Visti i DD.DD. n1502 del 22.06.2016 e n. 3041 del 07.11.2016 dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con i quali sono state assegnate, a questo Distretto Socio-Sanitario n.4, le quote relative al sostegno in argomento per i periodi gen-giu/2016 e lug-dic/2016 per un importo di € 2.400,00 per semestre;

Considerato che anche per i periodi sopra citati 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 € 2.400,00 per il periodo gen-giu/2016 e € 2.400,00 per il periodo lug-dic/2016, all'avente diritto al sostegno economico in quanto familiare di soggetto affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), composto, nello specifico, dal beneficiario: *OMISSIS nata a OMISSIS il OMISSIS e residente a OMISSIS, via OMISSIS, n. OMISSIS*, familiare dell'assistito *OMISSIS* nato a Casteltermini il *OMISSIS* e ivi residente in via *OMISSIS*

per quanto sopra

DETERMINA

Di erogare la somma complessiva di **€ 4.800,00** (€ 2.400,00 gen/giu 2016 +€ 2.400,00 lug/dic 2016) alla signora *OMISSIS* nata a *OMISSIS il OMISSIS* e residente a Casteltermini, via *OMISSIS*, C.F. *OMISSIS*, a titolo di sostegno economico in quanto familiare di *OMISSIS* nato a Casteltermini il *OMISSIS*, 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 *OMISSIS* agenzia di Casteltermini – IBAN: *OMISSIS* –

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.

L'ISTRUTTORE

f.to **M. Ester Maltacesare**

IL COORDINATORE

f.to **Dott. Calogero Sardo**

Avvertenze

Ai sensi del comma 4 dell'art.3 della legge 7 agosto 1990 n.241 s.m.i. 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 19.09.2017

Oggetto: Riproposizione det. n.38 del 29.09.2016 “Erogazione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – periodo gen-giu/ 2016 e lug-dic/2016 - D.A. n.899/S5 del 11.05.2012”

Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria,
ai sensi dell’art.151, comma 4 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n.267, recepito dell’art.551 del Testo
Coordinato delle Leggi Regionali, relativo all’Ordinamento degli EE.LL;

Data

Il Responsabile del Servizio Finanziario

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE
IL RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE ALBO ON-LINE

CERTIFICA

che la presente determinazione è stata pubblicata all’ Albo On-Line dal _____ al
_____, per quindici giorni consecutivi.

Dalla residenza Comunale, li _____

Il Responsabile Pubblicazione On-Line
