



# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4 CASTELTERMINI

PROVINCIA DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

## Determinazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano Distrettuale

<b>N. 51 del registro</b>	<b>OGGETTO: Liquidazione fattura, alla Soc. Coop. Soc. Matilde - Casteltermini, per esecuzione progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima mediante Voucher – Decreto n. 1503 S/5 del 17/10/2013 – CIG 624949B1C -</b>
<b>Data 23.12.2015</b>	

L'anno duemilaquindici ,il giorno ventitre, del mese di dicembre alle ore 10:00, nella sua stanza.

### IL COORDINATORE M. Caterina Provenzano

**Visto** il Decreto dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro N. 1503 S/5 del 17/10/2013 attuativo della Deliberazione della Giunta Regionale n. 273 del 30/07/2013, con il quale è stato approvato il Programma concernente gli interventi afferenti alle risorse finanziarie F.N.A. (Fondo Non Autosufficienza) assegnato alla Regione Siciliana annualità 2013 e contestualmente le linee guida per la presentazione di progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima legge 08.11.2000 , n. 328 “ Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

**Vista** la determinazione del Coordinatore n. 13 del 16.03.2015 con la quale si è impegnata la somma di € 27.888,81, assegnata dall'Assessorato regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, con D.D. 2808/2014;

**Che** successivamente l'Assessorato Regionale ha accreditato, a questo Comune capofila, a titolo di acconto la somma di € 13.944,40, pari al 50% di quella a suo tempo assegnata;

**Vista** la propria determinazione n.17 del 07.05.2015 di affidamento alla Cooperativa Sociale **Matilde** –Casteltermini - dei servizi relativi i progetti assistenziali rivolti a persone in condizione di disabilità gravissima, mediante l'erogazione dei voucher a n.4 degli aventi diritto, di cui al rispettivo Piano personalizzato;

**Vista** la sotto elencata fattura presentata dalla Soc. Coop. Soc. "Matilde" di Casteltermini, relativa all'intera durata del servizio reso a n.1 (D.C.) dei 4 utenti aventi diritto:

<b>fattura n.</b>	<b>del</b>	<b>utente</b>	<b>imponibile</b>	<b>Iva 4%</b>	<b>Totale complessivo</b>
9-15	04.09.2015	D.C.	€ 4.469,35	€ 178,77	€ 4.648,12

**Verificata** la regolare esecuzione del servizio e che l'importo risulta congruo alle normative regionali vigenti;

**Ritenuto** doveroso provvedere alla liquidazione di quanto dovuto, alla Soc. Coop. Soc. "Matilde" di Casteltermini;

**Che** il CIG relativo è il n. **624949B1C**;

**Visti** gli allegati DURC e Dichiarazione di tracciabilità dei flussi finanziari;

per quanto sopra esposto

### **DETERMINA**

**Di liquidare** alla Soc. Coop. Soc. "Matilde" di Casteltermini, la fattura, relativa ai progetti assistenziali rivolti a persone in condizione di disabilità gravissima, mediante l'erogazione del voucher e riguardante l'intera durata del servizio reso a n.1 (D.C.) dei 4 utenti aventi diritto:

<b>fattura n.</b>	<b>del</b>	<b>utente</b>	<b>imponibile</b>	<b>Iva 4%</b>	<b>Totale complessivo</b>
9-15	04.09.2015	D.C.	€ 4.469,35	€ 178,77	€ 4.648,12

**Di accreditare** la suddetta somma come specificato nell'allegata dichiarazione di tracciabilità dei flussi finanziari;

**Di fare fronte alla spesa** scaturente dal presente atto con i fondi assegnati dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro e impegnati con la determinazione del Coordinatore n. 13 del 16.03.2015;

**Di dare atto** che la presente determinazione sarà pubblicata all'Albo on line dell'Ente;

**Di trasmettere** il presente atto al Responsabile del Servizio Finanziario dell'Ente perché, ai sensi del comma 4 dell'art.151 del D.Lgs 267/2000, vi apponga il visto di regolarità contabile, attestante la copertura finanziaria e provveda ai conseguenti provvedimenti, come previsto dagli artt. 183 e 184 del medesimo decreto legislativo.

**IL COORDINATORE**  
**f.to Dott.ssa M. Caterina Provenzano**

#### **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.

## Durc On Line

Numero Protocollo	INPS_1796244	Data richiesta	10/12/2015	Scadenza validità	08/04/2016
-------------------	--------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MATILDE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
Codice fiscale	01971340847
Sede legale	CONTRADA CIPOLLUZZE 92025 AG

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S.

I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e delle Casse Edili per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.

Determina di Coordinatore Uff. di Piano Distrettuale n. 51 del 23.12.2015

Oggetto: Liquidazione fattura, alla Soc. Coop. Soc. Matilde - Casteltemini, per esecuzione progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima mediante Voucher - Decreto n. 1503 S/5 del 17/10/2013 - CIG 624949B1C -

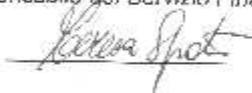
**VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE ATTESTANTE LA COPERTURA FINANZIARIA**

Si esprime parere di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria **favorevole**, ai sensi dell' articolo 151, comma 4, del Decreto legislativo 18 agosto 2000 n.267, recepito dell'art. 551 del testo Coordinato delle Leggi regionali, relativo all'Ordinamento degli EE.LL.;

Data 29-12-15

204-514

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

