



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4

CASTELTERMINI

PROVINCIA DI AGRIGENTO

Ambito territoriale: Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

Determinazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano Distrettuale

N. 27 del registro	OGGETTO: Erogazione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – periodo gen-giu/ 2015 e lug-dic/2015 - D.A. n.899/S5 del 11.05.2012”
Data 02.09.2016	

L'anno duemilasedici, il giorno due 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. n1119/S5 n. 2776/215 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/2015 e lug-dic/20145 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/2015 e € 2.400,00 per il periodo lug-dic/2015, 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, familiare dell'assistito OMISSIS nato a OMISSIS 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 2015 +€ 2.400,00 lug/dic 2015) alla signora OMISSIS nata a OMISSIS il OMISSIS e residente a OMISSIS, via OMISSIS, C.F. OMISSIS, a titolo di sostegno economico in quanto familiare di OMISSIS nato a OMISSIS 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 OMISSIS – 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. 27 del 02.09.2016

Oggetto: Erogazione sostegno economico al familiare di soggetto affetto da SLA – periodo gen-
giu/ 2015 e lug-dic/2015 - D.A. n.899/S5 del 11.05.2012”

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 06.09.16
Imp.206

Il Responsabile del Servizio Finanziario
f.to Rag.Teresa Spoto

**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
