

2 n. 577



# COMUNE DI FAVARA

PROVINCIA DI AGRIGENTO

AREA 1 SERVIZI AL CITTADINO E SVILUPPO TERRITORIALE

Servizi Sociali

tel: 0922 448354- 0922 448363

[www.comune.favara.ag.it](http://www.comune.favara.ag.it)

## DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE

Reg. di	Data
Sett.n. 217	29-09-2017
Reg. Gen. n.	Data
577	02.10.2017

<b>OGGETTO</b>	Sostegno economico finalizzato al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da SLA – Decr. Ass. n. 2201 del 08-07-2017. Approvazione elenco aventi diritto.
----------------	---

### IL RESPONSABILE P.O.1

Premesso:

- che l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali, con Decreto Assessoriale n. 2201 del 08/07/2017 ha disposto la riapertura dei termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i familiari caregiver dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) che non percepiscono l'assegno di cura di cui alla legge regionale nr. 4 del 01/03/2017;

- Vista la Determinazione del Dirigente Coordinatore del Distretto D1 nr. 1547 del 25-08-2017 con la quale è stato approvato l'avviso da pubblicare nei siti istituzionali di ciascun Comune del Distretto e il modello dell'istanza da compilare da parte di ciascun utente e da inoltrare ai rispettivi Comuni di residenza inderogabilmente entro il 20/09/2017;

Considerato che :

- Il Comune di Favara ha provveduto, a partire dal 30/08/2017, alla pubblicazione di detto avviso sull'albo pretorio on line e sul sito istituzionale del Comune di Favara;

- che nella determinazione sopracitata è stato stabilito che ciascun Comune del Distretto, verificata la documentazione presentata, deve provvedere all'inoltro al Comune di Agrigento, capofila del Distretto socio-sanitario, della determinazione di approvazione dell'elenco nominativo degli aventi diritto, unitamente all'istanza ed alla documentazione presentata, ai fini dell'inoltro, entro 10 giorni successivi al predetto termine di scadenza, da parte del Comune di Agrigento, degli elenchi approvati degli aventi diritto all'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro;

- entro la data di scadenza, fissata per il 20/09/2017, sono pervenute n. 2 istanze;

- verificato, attraverso l'analisi della documentazione presentata, che entrambi i

richiedenti sono ammissibili alla prestazione del sostegno economico di cui in oggetto;

-Visto il D.Lgs. n. 267/2000, come modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 126/2014;

-Visto il D.Lgs. n. 118/2011;

-Visto il D.Lgs. n. 165/2001;

-Visto lo statuto comunale;

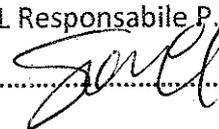
-Vista la Determina Sindacale n. 17 del 31.06.2017 di conferimento dell'incarico di responsabile del servizio;

#### DETERMINA

- 1) Approvare l'elenco nominativo delle persone aventi diritto al sostegno economico finalizzato al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da SLA, che si allega alla presente per farne parte integrante;
- 2) di dare atto che la presente non comporta alcun impegno di spesa.
- 3) di dare atto, altresì che il presente provvedimento è rilevante ai fini dell'amministrazione trasparente di cui al d.Lgs. n. 33/2013;
- 4) di rendere noto ai sensi dell'art. 3 della legge n° 241/1990 che l'istruttore del procedimento è la Sig.ra Baiamonte Antonietta;
- 5) di trasmettere il presente provvedimento:
  - all'Ufficio Segreteria per l'inserimento nella raccolta generale;
  - all'Ufficio Ragioneria per gli adempimenti di competenza;
  - al Comune di Agrigento, capofila del Distretto socio-sanitario D1, unitamente alle istanze degli aventi diritto e alla documentazione presentata.

....., il .....

IL Responsabile P.O.1



**VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE**

Il Responsabile del Servizio finanziario in ordine alla regolarità contabile del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 147-bis, comma 1, del d.Lgs. n. 267/2000 e del relativo Regolamento comunale sui controlli interni, comportando lo stesso riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'ente, osservato: .....

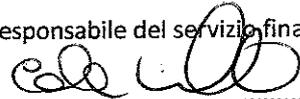
rilascia:

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NON FAVOREVOLE, per le motivazioni sopra esposte;

Data .....

Il Responsabile del servizio finanziario

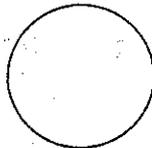


**ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA DELLA SPESA**

Si attesta, ai sensi dell'art. 153, comma 5, del D.Lgs. n. 267/2000, la copertura finanziaria della spesa in relazione alle disponibilità effettive esistenti negli stanziamenti di spesa e/o in relazione allo stato di realizzazione degli accertamenti di entrata vincolata, mediante l'assunzione dei seguenti impegni contabili, regolarmente registrati ai sensi dell'art. 191, comma 1, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267:

Impegno	Data	Importo	Cap./Art.	Esercizio

Data .....



Il Responsabile del servizio finanziario

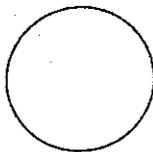
Con l'attestazione della copertura finanziaria di cui sopra il presente provvedimento è esecutivo, ai sensi dell'art. 151, comma 4, del d.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

N. .... DEL REGISTRO DELLE PUBBLICAZIONI

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo Pretorio per giorni 15 consecutivi

dal 02/01/2015 al .....

Data, .....



Il Responsabile del servizio

.....

## COMUNE DI FAVARA

**ELENCO DEI SOGGETTI AMMESSI AL BENEFICIO DEL SOSTEGNO ECONOMICO A FAVORE DEL FAMILIARE-CAREGIVER DEI PAZIENTI AFFETTI DA S.L.A. RESIDENTI NEL COMUNE DI FAVARA - ANNO 2017**

PROT. N.	DATA PROT.	COGNOME RICHIEDENTE	NOME RICHIEDENTE	COGNOME E NOME ASSISTITO
37283	01/09/2017	B.	G.	P. S.
38038	06/09/2017	P.	G.	P. A.