



# Comune di Scillato

## PROVINCIA DI PALERMO

CAP.90020

TEL.0921.663025 FAX.0921.663196

---

### AREA AMMINISTRATIVA

## COPIA

REGISTRO GENERALE DELLE DETERMINAZIONI N. 114 DEL 29.05.2018

**OGGETTO:** ACCONTO LIQUIDAZIONE RIMBORSO SPESE VIAGGI PORTATORI  
DI HANDICAP. ANNO 2017

Area Amministrativa
Determina n. 70 del 29.05.2018

Il Responsabile del Servizio  
F.TO *Dr.ssa Quagliana Agnese*

Premesso che:

Con deliberazione di CC n 5 del 30.01.1994, successivamente modificata con la deliberazione n. 39 del 06.08.1994, è stato istituito il servizio a favore dei portatori di handicap ed è stato, contestualmente, approvato il relativo regolamento avente ad oggetto "Istituzione servizi a favore dei portatori di handicap" ;

Che tale strumento persegue, fra l'altro, l'obiettivo di garantire la permanenza del portatore di handicap nel nucleo familiare e nella Comunità di appartenenza";

Vista la deliberazione di CC n. 9 del 08.05.2013, con la quale è stato integrato il suddetto regolamento nel senso che è stato previsto il rimborso delle spese di viaggio per quei soggetti che utilizzano i mezzi pubblici di linea o in caso di impossibilità, il mezzo proprio per raggiungere i centri di riabilitazione;

Che i soggetti destinatari dell'intervento sono i portatori di handicap grave ai sensi della legge 104/92 art 3 comma 3 che effettuano cure riabilitative presso centri specializzati,

Che l'intervento economico consiste nel rimborso del biglietto di andata e ritorno con mezzi pubblici di linea o nel caso di mezzo proprio nel rimborso di 1/5 del costo della benzina e fino a un massimo di € 15,00 giornalieri;

Viste le istanze prodotte dai sottoelencati utenti :

1) Sig.ra LRR nata a Palermo il 23.06.1971 prot. n.ri 5142 del 18.12.2017 e 727 del 23.02.2018 (ad integrazione dell'istanza precedente) tendente ad ottenere il rimborso delle spese di viaggio sostenute per la propria figlia D.A.M che effettua cure riabilitative presso il Dipartimento Strutturale di medicina riabilitativa con sede in Lascari, per il periodo qui di seguito trascritto:

\* dal mese di Gennaio al mese di dicembre 2017\* per un totale di 66 sedute;

2) Sig.ra G.F. nata a Scillato il 03.07.1959 – prot. n.ri 5151 del 18.12.2017 e 728 del 23.02.2018 (ad integrazione dell'istanza precedente) tendente ad ottenere il rimborso delle spese di viaggio sostenute per il dichiarante che effettua cure riabilitative presso il Dipartimento Strutturale di medicina riabilitativa con sede in Lascari, per il periodo qui di seguito trascritto: dal mese di Gennaio al mese di dicembre 2017 per un totale di 90 sedute;

Che alle istanze sono allegati i seguenti documenti così come previsto dall'art. 5 del citato regolamento comunale:

\* Certificato rilasciato dal Dipartimento attestante il numero di sedute;

\* Autodichiarazione attestante l'impossibilità ad utilizzare un mezzo pubblico di linea;

\* fotocopia del documento di riconoscimento della richiedente;

\* certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104/92;

\* copia del libretto di circolazione del veicolo;

\* certificato rilasciato dal Dipartimento attestante il proseguimento del programma riabilitativo;

Pertanto le stesse risultano complete ed ammissibili;

Che il rimborso spettante ai richiedenti con riferimento a 1/5 del costo della benzina è il seguente:

1.40 (costo del gasolio aggiornato dal tariffario ACI) x 1/5 = 0,28 X 60 Km A/R totale € 16,80;

Che il contributo prevede un rimborso massimo di € 15,00 giornalieri;

Richiamata la determinazione del responsabile n. 272/17 con la quale è stato assunto impegno di spesa di € 875,00 per le superiori finalità;

Che la somma da liquidare, per l'anno 2017, a ciascun utente è pari:

- Ad € 990,00 (€ 15,00 x 66 Sedute) per il rimborso delle spese di viaggio sostenute in favore della Sig.ra LRR per la propria figlia D.A.M ;

- Ad € 1350,00 (15,00 x 90 Sedute) per il rimborso delle spese di viaggio sostenute in favore della Sig.ra G.F ;

Considerato che l'impegno di spesa non sufficiente per coprire l'intero importo si ritiene di liquidare ai beneficiari un acconto che per entrambi ammonta al 37% del dovuto;

Ciò posto con il presente provvedimento si liquida:

\*alla sig.ra LRR la somma di € 366,30 (37% di € 990,00);

\*alla Sig.ra G. F. la somma 499,50 (37% di € 1350,00);

#### **Visti:**

- la determina sindacale n.16/15 di nomina dei responsabili dei servizi di individuazione dei responsabili delle posizioni organizzative;
- l'art.184 del D.L.vo n.267/2000;
- l'art. 49 del Regolamento di contabilità;
- la legge n. 127/97 e n. 191/98 nonché la L.R. n. 23 di recepimento e il D.L.vo n. 29/93 e successive modifiche che disciplinano gli adempimenti di competenza dei responsabili di servizio;

## **DETERMINA**

Per i motivi in premessa descritti che qui si intendono integralmente riportati e trascritti, liquidare e pagare ai sottoelencati Sigg.ri la somma a fianco di ciascuna indicata per il rimborso delle spese sostenute per il trasporto dei pazienti D.A.M e G.F. presso il centro di riabilitazione sito in Lascari:

\*alla sig.ra LR. R la somma di € 366,30 (37% di € 990,00);

\*alla Sig.ra G. F. la somma 499,50 (37% di € 1350,00);

La superiore somma di Euro 865,80 trova imputazione al capitolo 760/R intervento " Assistenza persone bisognose e portatori di handicap" del redigendo bilancio 2018 il cui impegno di spesa di € 875,00 assunto con determinazione n. 272/17 è interamente disponibile;

Svincolare la somma di € 9,20 quale differenza tra l'impegno assunto di € 875,00 e l'importo liquidato pari ad € 865,80.

#### **Dare atto che la presente determinazione:**

- sarà esecutiva dal momento dell'apposizione del visto di contabilità attestante la copertura finanziaria;
- sarà pubblicata all'Albo Pretorio di questo Comune per 15 giorni consecutivi.
- va inserita nel fascicolo delle determinazioni tenuto presso l'ufficio di segreteria.
- va trasmessa per il tramite del Segretario Comunale, al Sig. Sindaco.

Trasmessa al servizio di ragioneria il: \_\_\_\_\_

## SERVIZIO DI RAGIONERIA E CONTABILITA'

VISTA la determinazione che precede;  
VERIFICATI i documenti allegati;  
EFFETTUATI i controlli e riscontri amministrativi, contabili e fiscali;

### D I S P O N E

La contabilizzazione del mandato di pagamento, l'attribuzione allo stesso del numero progressivo e l'inoltro al Tesoriere Comunale.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

Scillato, li \_\_\_\_\_

F.TO Rag. Di Stefano Santo

---

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto Segretario Capo del Comune, certifica su conforme attestazione dell'Addetto, che la presente determinazione:

E' stata pubblicata all'Albo Pretorio il \_\_\_\_\_ e vi rimarrà per 15 gg. Consecutivi.

E' rimasta affissa all'Albo Pretorio per 15 gg. Consecutivi

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Li \_\_\_\_\_

F.TO L'ADDETTO

F.TO IL SEGRETARIO COMUNALE CAPO

---