



Comune di Scillato

PROVINCIA DI PALERMO

CAP.90020

TEL.0921.663025 FAX.0921.663196

AREA AMMINISTRATIVA

COPIA

REGISTRO GENERALE DELLE DETERMINAZIONI N. 304 DEL 18.12.2019

OGGETTO: IMPEGNO SPESA RIMBORSO SPESE VIAGGI PORTATORI
DI HANDICAP. ANNO 2019

Area Amministrativa
Determina n. 189 ____ del _____

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;

Che nel corrente anno n. 2 utenti, le cui domande sono depositate agli atti, hanno avanzato istanza per ottenere il rimborso delle spese di viaggio per recarsi presso il centro di riabilitazione in Lascari:

- Istanza prot n. 5781 del 21.11.2019 prodotta dalla Sig.ra G.F. per il periodo Gennaio-settembre;
- Istanza prot. n. 5780 del 21.11.2019 prodotta dalla Sig.L.R.R per la propria figlia D.A M per il periodo gennaio-ottobre;

Che ad oggi, per l'anno 2019, non è stato corrisposto nessun rimborso agli aventi diritto;

Che si ritiene opportuno provvedere all'impegno di spesa alla luce delle richieste pervenute per il periodo sopra indicato e per l'eventuale liquidazione da effettuare per il periodo Novembre/Dicembre 2019;

Che il capitolo 760 " Assistenza persone bisognose e portatori di handicap" presenta una disponibilità pari ad € 885,80 e che pertanto si assume impegno di spesa pari alla disponibilità del capitolo;

Visti:

- La determina sindacale n. 16/2015 dei responsabili, delle posizioni organizzative;
- L'art. 183 del D. L.vo n. 267/2000;
- L'art. 15 del Regolamento di contabilità;
- La legge n. 127/97 e n. 191/98 nonché l 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.

D E T E R M I N A

Per i motivi in premessa descritti che qui si intendono integralmente riportati e trascritti, assumere impegno di spesa di € 885,80 per il rimborso delle spese viaggi in favore dei portatori di handicap presso centri di riabilitazione;

La superiore somma trova imputazione al capitolo 760 intervento” Assistenza persone bisognose e portatori di handicap” del bilancio 2019 il cui stanziamento di pari importo è interamente disponibile;

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'

Visto di regolarità contabile che attesta la copertura finanziaria , ai sensi dell'art.55 comma 5, della legge 142\90, come modificata dalla legge 127\97 art.6 comma 11, recepita dalla L.R.n.23\98.

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
