



Comune di Scillato

PROVINCIA DI PALERMO

CAP.90020

TEL.0921.663025 FAX.0921.663196

AREA AMMINISTRATIVA

COPIA

REGISTRO GENERALE DELLE DETERMINAZIONI N. 52 DEL 17.02.2020

OGGETTO: ACCONTO LIQUIDAZIONE RIMBORSO SPESE VIAGGI PORTATORI DI HANDICAP. ANNO 2019

Area Amministrativa
Determina n. 33

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 549 del 11.02.2020 (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 2019 per un totale di 83 sedute;

2) Sig.ra G.F. nata a Scillato il 03.07.1959 – prot. n.ri 5781 del 21.11.2019 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 settembre 2019 per un totale di 59 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;

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:

1.50 (costo del gasolio aggiornato dal tariffario ACI) x 1/5 = 0,30X 60 Km A/R totale € 18,00;

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

Richiamata la determinazione del responsabile n. 304/19 con la quale è stato assunto impegno di spesa di € 885,50 per le superiori finalità;

Che la somma da liquidare, per l'anno 2019, a ciascun utente è pari:

- Ad € 1245,00 (€ 15,00 x 83 Sedute) per il rimborso delle spese di viaggio sostenute in favore della Sig.ra LRR per la propria figlia D.A.M ;
- Ad € 885,00 (15,00 x 59 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 41% del dovuto;

Ciò posto con il presente provvedimento si liquida:

*alla sig.ra LRR la somma di € 517,80 (41,50% di €1245,00);

*alla Sig.ra g.F. la somma di € 368,00 (41,50% di € 885.00)

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;

D E T E R M I N A

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 € 517,80 (41,50% di € 1245,00);

*alla Sig.ra G. F. la somma di € 368,00 (41,50% di € 885,00);

La superiore somma di Euro 885,80 trova imputazione al capitolo 760/R intervento" Assistenza persone bisognose e portatori di handicap" del bilancio 2020 il cui impegno di spesa di pari importo assunto con determinazione n. 304/19 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'

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 _____

L'ADDETTO

F.TO _____

IL SEGRETARIO COMUNALE CAPO

F.TO _____