



# Comune di FRAZZANO'

## Provincia di MESSINA

DETERMINAZIONE N. 145 DEL 15/07/2015

### AREA AMMINISTRATIVA

#### UFFICIO SERVIZI SOCIO CULTURALI

### IL RESPONSABILE DELL'AREA

OGGETTO: D.A. 1503 del 17/10/2013 – Interventi a favore di persone in condizioni di Disabilità Gravissima – presa atto scelta COOPERATIVA “NUOVI ORIZZONTI”, con sede in via Ospedale n°15 - S.Fratello (ME) – CIG: ZE71566C48.

**Premesso che** l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con decreto assessoriale n°1503 del 17/10/2013 ha emanato delle direttive in merito agli interventi da attuare in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima;

**Considerato** che detti interventi consistono in prestazioni domiciliari e che i beneficiari per l'erogazione del servizio devono avvalersi degli enti NO PROFIT, iscritti negli appositi albi regionali nel settore della disabilità;

**Che** il contributo, così come stabilito dall'assessorato, verrà erogato secondo le seguenti modalità e che la somma complessiva spettante per ciascun beneficiario ammonta ad €. 4.725,22 così suddivisa:

I<sup>^</sup> TRANCE, pari al 50% del Contributo Concesso, ad avvenuta comunicazione da parte del soggetto proponente dell'avvio del progetto;

II<sup>^</sup> TRANCE, pari al 30% del Contributo concesso, ad avvenuta presentazione di relazione dell'attività svolta e dell'attestazione della rendicontazione delle somme erogate;

III<sup>^</sup> TRANCE, a saldo pari al 20% del contributo concesso, a conclusione delle attività, previa presentazione della relazione finale e dell'attestazione delle spese sostenute dell'intero contributo;

**Che** con nota acquisita al prot di questo Ente in data 03/07/2015, prot. 2538, il Comune capofila di S.Agata di Militello ha comunicato che in ordine al D.A. 1503 del 17/10/2013 disabilità gravissima, l'Assessorato delle Politiche Sociali e del lavoro ha accreditato al Distretto Socio-Sanitario n. 31, il 50% delle somme relative alla prima trance del contributo concesso;

**Considerato che** in questo Comune n° 5 soggetti sono stati ammessi a beneficiare dei fondi del sopra citato progetto;

**Che** n. 1 utente ha prescelto per l'erogazione del servizio quale Ente no profit la COOPERATIVA “NUOVI ORIZZONTI”, con sede in via Ospedale n°15 - S.Fratello (ME);

**Preso atto** che il servizio da parte della COOPERATIVA prescelta dovrà essere espletato secondo le modalità sopra citate e che l'importo spettante, ad avvenuta erogazione del servizio, relativamente alla I<sup>^</sup> TRANCE pari al 50% del contributo concesso, ammonta a complessivi €. 2.362,61;

**Vista** la delibera di G.M. n. 91 del 13/07/2015 con la quale venivano assegnate le somme e date le direttive;

**Vista** la determina sindacale n. 21 del 13/07/2015 relativa alla nomina del sottoscritto quale responsabile dell'Area Amm.va;

**Vista** la Legge 328/2000

**Viste** le disposizioni vigenti in materia;

**Visto** l'Ordinamento EE.LL. vigente in Sicilia;

**Ritenuto**, per quanto sopra, di dover provvedere in merito;

## DETERMINA

**Di impegnare** la somma di complessivi €. 2.362,61 così come assegnata con Delibera di G.M. n. 91 del 13/07/2015;

**Di prendere atto**, per i motivi esposti in premessa, che 5 soggetti hanno beneficiato del progetto relativo alla Disabilità Gravissima e per n. 1 utente l'Ente NO PROFIT prescelto per l'erogazione del Servizio, è: LA COOPERATIVA "NUOVI ORIZZONTI", con sede in via Ospedale n.15 - S. Fratello e che il Servizio dovrà essere espletato secondo le modalità in premessa citate.

**Dare atto** che l'importo spettante, ad avvenuta erogazione del Servizio, relativamente alla I<sup>^</sup> TRANCE (pari al 50% del contributo concesso) ammonta ad €. 2.362,61;

**Procedere** alla liquidazione della spesa, con separato atto, dopo l'espletamento del Servizio e a presentazione di regolare fattura con allegati i Vouchers, controfirmati dall'assistito e dalla stessa Cooperativa.

**Dare atto** che alla spesa si farà fronte con i fondi che verranno assegnati dal Distretto Socio/Sanitario n°31 e con l'imputazione all'intervento 4000005, cap. 2 del Bilancio in corso di formazione.

**Dare atto** che la fattura, dovrà riportare il codice CIG: ZE71566C48 ed il Codice IBAN e che la stessa verrà liquidata, previa verifica della regolarità contributiva DURC.

**Disporre** la trasmissione all'ufficio ragioneria per l'annotazione della spesa, l'inserimento nel registro delle Determini e la pubblicazione all'Albo Pretorio del Comune per n°15 giorni.

L'Istruttore Amm.vo  
Giuseppina Lo Presti

Il Responsabile dell'Area Amm.va  
Dot. Antonio Mileti

Per quanto concerne la regolarità contabile si esprime parere favorevole

Ai sensi dell'art. 55 della legge 142/90, recepito dalla L.R. 48/91 si attesta la copertura finanziaria al seguente capitolo

INTERVENTO N° 4000005	INTERVENTO N° _____	INTERVENTO N° _____	INTERVENTO N° _____
Cap. 2	Cap. _____	Cap. _____	Cap. _____
Imp. n° 134	Imp. n° _____	Imp. n° _____ / _____	Imp. n° _____ / _____
€. 2.362,61	€.		

Frazzanò, li 15/07/2015

Il Responsabile dell'Area Finanziaria  
Dott. Antonino Miletì

**UFFICIO DI SEGRETERIA**

Copia della presente determinazione viene trasmessa a:	
<input type="checkbox"/> segretario comunale	<input type="checkbox"/> ufficio segreteria
<input type="checkbox"/> ufficio contratti	<input type="checkbox"/> ufficio ragioneria
<input type="checkbox"/> ufficio personale	<input type="checkbox"/> ufficio tecnico

SU ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE DELLE PUBBLICAZIONI SI CERTIFICA CHE COPIA DELLA PRESENTE DETERMINAZIONE VIENE AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DEL COMUNE DAL GIORNO \_\_\_\_\_ COL N. \_\_\_\_\_ DI REGISTRO E VI RIMARRA' PER GIORNI 15 CONSECUTIVI.

Frazzano', li \_\_\_\_\_

Il responsabile delle pubblicazioni

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_