



# COMUNE DI LEONFORTE

## PROVINCIA DI ENNA

SETTORE 2° - Servizi Sociali

Reg. Settore. N.° 80 del 3.6.2014

Reg. gen. N.° 380 del 05 GIU. 2014

### DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE DEL SETTORE 2° - SERVIZI SOCIALI

**OGGETTO:** Contributo alle famiglie di portatori di handicap per trasporto presso centri riabilitativi. Impegno spesa e liquidazione.

#### IL CAPO SETTORE

**VISTA** la L.R. n.68/81, riguardante l'istituzione, l'organizzazione e gestione dei servizi per soggetti portatori di handicap e la L.R. N.16/86 che prevede un piano di interventi a favore di tali soggetti;

**RICHIAMATO** il vigente regolamento dei servizi socio assistenziali, il quale stabilisce che il contributo viene fissato nella misura di 1/6 del costo della benzina per ogni chilometro di distanza dal Comune di Leonforte alla sede del centro di riabilitazione;

**ATTESO** che per assegnare il contributo relativo alle richieste presenti agli atti di ufficio, per il 1° trimestre 2014 e per i restanti periodi dell'anno, occorre impegnare la somma di € 6.650,00;

**VISTI** i certificati di frequenza dei soggetti portatori di handicap rilasciati dai centri di riabilitazione e precisamente:

- C. P.: Gennaio/Marzo 2014
- B.F.: Gennaio/Marzo 2014
- L.P.G. Gennaio/Marzo 2014
- P.V.: Gennaio/Marzo 2014
- R.A.: Gennaio/Marzo 2014
- I.M.: Gennaio/Marzo 2014
- S.A.: Gennaio/Marzo 2014
- G.S.: Gennaio/Marzo 2014
- T.M.S.:Gennaio/Marzo 2014
- F.M.: Gennaio/Marzo 2014
- I.S.C.: Gennaio/Marzo 2014

**DATO ATTO** che la somma necessaria per liquidare il contributo relativamente ai suddetti periodi ammonta a € 3.400,54  
**VISTO** l'O.R.E.L.vigente;

#### D E T E R M I N A

1. Impegnare, per i motivi di cui in premessa la somma di € 6.650,00 imputandola al Tit. 1 Funz.10 Serv.02 Int. 05 ( ex cap. 6740 ) Bil. 2014 a voce "Assistenza handicappati e loro famiglie" corrispondente ai 5/12 dello stanziamento Bil. 2013;
2. Di assegnare e liquidare il contributo ai nominativi di cui all'allegato ruolo , nella qualità di genitori dei bambini portatori di handicap che sono in trattamento riabilitativo presso i centri di cui sopra, ammontante a complessivi € 3.400,54;
3. Di far fronte alla superiore spesa di € 3.400,54 con il presente impegno.

#### IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

( Istr.Amm.vo Sig.ra Maria La Iacona )

Impegno n. 205 del 04.06.2014  
Provisione n. .... del .....  
Si attesta la regolare copertura della spesa e la disponibilità della somma.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

IL CAPO SETTORE  
( Dott.ssa Antonina Licciardo )

N.	Cognome e Nome	Totale	Firma per quietanza
1	OMISSIS	€ 440,22	
2	OMISSIS	€ 306,82	da accreditare: IT-46W-02008-32974-062258504895
3	OMISSIS	€ 399,04	
4	OMISSIS	€ 226,78	
5	OMISSIS	€ 133,40	
6	OMISSIS	€ 480,24	
7	OMISSIS	€ 320,16	
8	OMISSIS	€ 306,82	
9	OMISSIS	€ 266,80	
10	OMISSIS	€ 146,74	
11	OMISSIS	€ 373,52	
totale		€ 3.400,54	