

UFFICIO POLITICHE SOCIALI

DETERMINAZIONE N° 48 DEL 17/01/2014

OGGETTO: Impegno spesa L.162/98 "Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave" anno 2013. Continuità dal 01 gennaio al 31 marzo 2014

L'anno duemilaquattordici del mese di gennaio .

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO :

VISTA la determinazione del Sindaco n°3 del 08/01/2013 avente ad oggetto " Conferimento incarichi posizioni organizzative ai sensi del CCNL del 31/03/1999

VISTO il D.lgs. n°267/2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";

VISTO lo statuto comunale;

VISTA la D.G.R N°52/9 del 10/12/2013 avente a oggetto "L.162/98 Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'art.34 della L.R.n°2/2007.Piani personalizzati di sostegno in favore delle persone con grave disabilità. Programma 2013 da attuarsi nell'anno 2014 " con la quale si delibera di autorizzare la prosecuzione dal 1° gennaio 2014 al 31 marzo 2014 dei piani finanziati nel 2013

DATO ATTO che i piani personalizzati predisposti secondo i criteri regionali per n°15 utenti prevede la gestione indiretta per il servizio di assistenza domiciliare, e per continuità in base al finanziamento dell'anno precedente si prevede una spesa di €24.649,94.

DATO ATTO che occorre provvedere all'impegno di spesa

DETERMINA :

di impegnare la somma di € 24.649,94 per intervento di assistenza domiciliare gestione indiretta per n°15 utenti , che il nominativo e l'importo finanziato a ciascun utente ai sensi della L. 196/03 ART. 22, verrà comunicato all'ufficio di ragioneria per i provvedimenti di competenza ; continuità dal 01 gennaio al 31 marzo 2014

di dare atto che la spesa viene imputata all'intervento n°1100403/5710 "Spese con contributo regionale per piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave". (del redigendo bilancio 2014)

Copia della presente viene trasmessa agli Uffici Finanziari per i provvedimenti di competenza.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
DOTT.SSA FARINA MARIA CATERINA
firmato

VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE ATTESTANTE LA COPERTURA FINANZIARIA
ORUNE LI' _____IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO
DOTT .SSA ELISA FRANCA SANNA
firmato