

INVIATA PER COMPETENZA

AL SETTORE \_\_\_\_\_

Reg. Det. N°\_ 212 Del 06/04/2017



**CITTÀ DI ALCAMO**  
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI TRAPANI  
DIREZIONE 3 SERVIZI AL CITTADINO  
AREA 2 - SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA  
**ALCAMO**

**DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE**

**N. 643 del. 10/04/2017**

**OGGETTO:** Approvazione elenco dei richiedenti il sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare- caregiver, ai sensi della D.A. n. 384 del 24/02/2015 malati di SLA

Il sottoscritto responsabile del procedimento, attestando di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente e dalla normativa anticorruzione e di non trovarsi in conflitto di interessi in relazione all'oggetto dell'atto, sottopone al Dirigente il seguente schema di provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/90.

- **Visto** il D. A. n. 899 del 11/05/2012 della Regione Siciliana Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del lavoro, con il quale è stato approvato l'avviso pubblico concernente progetti finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica ( SLA );
  - **Considerato** che con D.A. n. 384 del 24/02/2015 sono stati riaperti i termini per la presentazione della richiesta del sostegno economico per i nuovi soggetti affetti da SLA, con scadenza semestrale al 30/marzo per il semestre gennaio – giugno, e al 30 settembre per il semestre luglio – dicembre di ogni anno, fino ad esaurimento dei fondi, il cui pagamento avverrà con decorrenza da gennaio 2017;
  - **Atteso** che è pervenuta in data 16/02/2017 con prot. n. 9409 una nuova istanza da parte del Comune di Castellammare del Golfo relativa ad un nuovo soggetto affetto da SLA ;
  - **Atteso** che ai sensi del Decreto n. 1551 del 23/10/2013 il Dirigente del Settore Servizi Sociali del Comune Capofila deve approvare prima dell'invio alla Regione l'elenco approvato degli aventi diritto dei nuovi soggetti del Distretto Socio-Sanitario n. 55;
- Visto** l'accluso e separato elenco, relativo all'utente avente diritto al 1° Semestre 2017 che forma parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- **Ritenuto** dover approvare l'elenco in parola;
  - **Visto** il Decreto Legislativo n. 267/2000;
  - **Vista** la L.R. 9/05/1986/ n.22;

### **PROPONE DI DETERMINARE**

Per i motivi sopra esposti:

**Di approvare** l'allegato elenco del familiare del soggetto affetto da SLA finalizzato ad ottenere i benefici di cui al D.A. 899/S5 che hanno presentato istanza per il semestre Gennaio – Giugno 2017

**Di trasmettere** il presente atto alla Regione Siciliana – Assessorato Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro.

*L'ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO*  
*Provenzano Giuseppina*

*F.to: IL RESPONSABILE DI PROCEDIMENTO*  
*ASSISTENTE SOCIALE*  
*Palmeri Maria Elena*

## **IL DIRIGENTE**

- *Visto l'art. 147- bis del TUEL;*
- *Visto il superiore schema di provvedimento*
- *Esaminata l'istruttoria e ritenutala completa e coerente con l'assetto nominativo ;*

## **DETERMINA**

Per i motivi sopra esposti:

**Di approvare** l'allegato elenco del familiare del soggetto affetto da SLA finalizzato ad ottenere i benefici di cui al D.A. 899/S5 che hanno presentato istanza per il semestre Gennaio – Giugno 2017;

**Di trasmettere** il presente atto alla Regione Siciliana – Assessorato Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

*Il sottoscritto Segretario Generale attesta che copia della presente determinazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio nonché sul sito web [www.comune.alcamo.tp.it](http://www.comune.alcamo.tp.it) di questo Comune in data ----- e vi resterà per gg. 15 consecutivi*

*Alcamo, lì*

*IL SEGRETARIO GENERALE  
DOTT. VITO ANTONIO BONANNO*

<b>PROGETTO SLA</b>								
<b>GENERALITA' DELLA PERSONA CHE PROVEDE AL DISABILE</b>						<b>GENERALITA' DELLA PERSONA DA ASSISTERE</b>		
<b>N</b>	<b>Cognome- Nome</b>	<b>Grado di parentela</b>	<b>Data e luogo di nascita</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Telefono</b>	<b>Cognome- Nome</b>	<b>Data e luogo di nascita</b>	<b>Comune di residenza</b>
1	F.A.	CONIUGE	XXX	XXX	XXX	F.C.	XXX	C/MMARE DEL GOLFO
2								