



CITTA' DI AMANTEA
(Prov. di Cosenza)

**DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE
SERVIZI SOCIALI**

N° Registro del Servizio <u>95</u>	DATA ESECUTIVA' _____
N° Registro Generale <u>567</u>	
N° ALBO <u>211</u> del <u>30 MAR. 2015</u>	Al _____

TRASMISSIONE A:	SINDACO	SEGRETARIO	ALTRI _____
-----------------	---------	------------	-------------

Oggetto: AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.3 (A.T.S.). APPROVAZIONE ELENCO ACCREDITAMENTO SPERIMENTALE/COSTITUZIONE ELENCO SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2014 – ASSISTENZA DOMICILIARE PER NON AUTOSUFFICIENTI –INPS GESTIONE EX INPDAP.

Il giorno __ del mese di Marzo dell'anno duemilaquindici e nel proprio ufficio,

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI

PREMESSO:

- che la Giunta del Comune di Amantea con deliberazione n.4 del 09/01/2015 ha aderito al progetto "HOME CARE PREMIUM 2014";

- che in data 29 Gennaio 2014 è stato pubblicato da parte dell'INPS l'avviso "Home Care Premium 2014", finalizzato alla progettazione di interventi di natura socio assistenziale a favore dei dipendenti/pensionati pubblici, dei loro coniugi conviventi, dei loro familiari di primo grado non autosufficienti;

CONSIDERATO che con il relativo avviso è stato pubblicato l'elenco degli Ambiti territoriali sociali ammessi, nel quale risulta anche il Comune di Amantea;

CONSIDERATO che per la partecipazione era fatto obbligo nel rispetto del regolamento di adesione, mettere in atto tutti i passaggi operativi per l'implementazione della progettualità, tra cui la approvazione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative di cui al progetto "HOME CARE PREMIUM" 2014 – assistenza domiciliare per non autosufficienti –Inps Gestione ex Inpdap;

VISTA la determinazione n.50 (registro di servizio) del 27/02/2015, avente ad oggetto: Ambito Territoriale Sociale N.3 (A.T.S.). Accreditoamento sperimentale/costituzione elenco soggetti attuatori di prestazioni integrative di cui al progetto "HOME CARE PREMIUM 2014 – ASSISTENZA DOMICILIARE" per non autosufficienti –Inps Gestione ex Inpdap.

RITENUTO necessario provvedere all'approvazione di un elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative che hanno inoltrato domanda, elencati nell'allegato 1;

Riconosciuta la propria competenza;

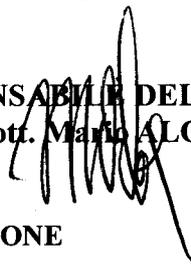
Visto il D.lgs. n° 267/2000;

Visto il D.S. n.4151 del 21/03/2013

D E T E R M I N A

- 1) **DARE ATTO** che le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) **APPROVARE** e pubblicare l'elenco di accreditamento sperimentale/costituzione elenco soggetti attuatori di prestazioni integrative di cui al progetto "HOME CARE PREMIUM 2014 – ASSISTENZA DOMICILIARE" –Inps Gestione ex Inpdap, che hanno presentato domanda di cui all'allegato 1" che forma parte integrante e sostanziale della presente determina;
- 3) **PROVVEDERE** alla relativa trasmissione a tutti i Comuni facente parte dell'ambito territoriale sociale per la pubblicizzazione nei siti internet istituzionali;
- 4) **STABILIRE** che lo stesso Registro venga pubblicato all'albo pretorio comunale nonché sul sito internet del Comune: www.comuneamantea.gov.it nella sezione "albo pretorio on line del Comune".

II RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott. Mario ALOE)



VISTI ED ATTESTAZIONI SU DETERMINAZIONE

UFFICIO DI RAGIONERIA

<p>VISTO PER LA REGOLARITA' CONTABILE ED ATTESTAZIONE DI COPERTURA FINANZIARIA ai sensi dell'art. 153, comma 5, D. Lgs. 18.08.2000, n°267 (Testo Unico Enti Locali) ed art. 7 Regolamento di Contabilità.</p> <p>Intervento _____ cap ____/PEG</p> <p>Bilancio Corrente Esercizio Competenza</p> <p>Si da atto che la copertura finanziaria è assicurata dallo stanziamento sopra individuato che presenta la situazione contabile come da prospetto a fianco</p> <p>Il responsabile di Ragioneria (Dott.ssa Maria Luisa MERCURI)</p>	<p>-somma stanziata</p> <p>-variaz. In aumento</p> <p>-variaz. In diminuzione.....</p> <p>-somme già impegnate.....</p> <p>-somma disponibile.....</p> <p>Data.....</p> <p>..... Il Responsabile (Dott.ssa Maria Luisa MERCURI)</p>
---	---

PUBBLICAZIONE

Copia della presente è stata pubblicata all'Albo dell'Ente per 15 gg. consecutivi

dal _____ al _____

IL RESPONSABILE DELL'ALBO

ALLEGATO 1**ELENCO ACCREDITAMENTO SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2014".**

	DENOMINAZIONE	SEDE	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.
01	TASSELLO ONLUS	AMANTEA	Via Bologna,18	328/6131948-0982/428016
02	SOCIAL NET COOP.SOCIALE	COSENZA	Corso Mazzini,227	347/8592408-3392023337
03	NESTORE CONSORZIO DI COOP.SOCIALI – SOC.COPERATIVA SOCIALE ONLUS	FALCIANO DEL MASSICO	Via Fondo Vigna	0823/728289
04	Associazione "MARIA ROSA MISTICA" Cleto Soccorso	CLETO	Via Petramala	327/8677619