

**Polo Amm.vo di CAMPI
BISENZIO e SIGNA**

22/11/2017

**COMMISSIONE ASSISTENZA
COMUNE DI SIGNA
AREA ANZIANI**

In data odierna, preso atto dello svolgimento della pre-commissione per la valutazione professionale delle richieste di prestazione assistenziale, il cui parere è riportato in calce alle proposte sottoelencate, conservate agli atti dell'ufficio, si è riunita la Commissione Assistenza di cui all'art. 7 del Regolamento di accesso ai servizi sociali SdS, approvato con deliberazione Assemblea n. 01/2017 e s.m.ei., per la verifica della copertura finanziaria, con l'ausilio del segretario verbalizzante. Vengono quindi esaminate le richieste presentate dal Responsabile di Area e per ciascuna, in caso di accoglimento, viene di seguito riportata la spesa prevista e autorizzata, la decorrenza ed eventualmente il periodo di intervento da parte del Responsabile del Polo che autorizza la spesa. In caso di non accoglimento della richiesta viene dato atto della motivazione. Vengono altresì verbalizzati i casi di sospensione della richiesta. Le motivate deroghe previste dal Regolamento devono essere esplicitate.

In merito ai benefici concessi, si attesta da parte del Responsabile Professionale e del Responsabile Amministrativo l'assenza di conflitto d'interesse ex art 6 Lg 241/90 come introdotto dalla Legge 190/2012

NMI	AS	Richiedente (COGNOME e NOME) INIZIALI	Prestazione richiesta	Parere Commissione	Spesa (in euro)	Periodo intervento / Decorrenza
1		S.S.	RICALCOLO QUOTA SOCIALE A SEGUITO DI SOPRAVVENUTA EROGAZIONE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO	PARERE POSITIVO	5,35 G	01/12/17
2		F.P.	RICALCOLO QUOTA SOCIALE SU EMOLUMENTI NETTI	PARERE POSITIVO		01/12/2017
3		B.F.	3 BUONI LYONS	PARERE POSITIVO	30,00	NOVEMBRE
4		V.V.	CONTRIBUTO ECONOMICO U.T.€ 150,00	PARERE POSITIVO	150,00	DICEMBRE
5		B.A.	NUOVO TRASPORTO SOCIALE DA CASA AL C.D. OLINTO FEDI 3 GG A SETTIMANA A/R	PARERE POSITIVO	14,00 andata	dal 01/12/2017 al 31/03/2018

**Coordinatrice Area Anziani
Sabrina Enea**

**Responsabile Amm.vo Polo
Antonella Borrelli**

NM	AS	Richiedente (COGNOME e NOME) INIZIALI		Prestazione richiesta	Parere Commissione	Spesa (in euro)	Periodo intervento / Decorrenza
			G.C.				
6				RICHIESTA QUOTA SOCIALE IN STRUTTURA	PARERE NEGATIVO SUPERAMENTO PARAMETRO MOBILIARE		