

4 - INIZIATIVE DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE

DATI DI CONSUNTIVO 2016 - STATO DI AVANZAMENTO

1 IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE

1.1 Denominazione.....
Via.....n.....
Tel.....fax.....
Email.....
Comune.....CAP.....PV.....
Codice fiscale.....

1.2 Natura Giuridica Ente Gestore:

<u>PUBBLICA</u>	1	Comune
	2	ASL
	3	Comunità Montana
	4	Consorzio Comuni
	5	Associazione di Comuni
	6	IPAB

Modalità di gestione

1) DIRETTA

2) TRAMITE CONVENZIONE/
APPALTO CON ALTRO SOGGETTO

per l'erogazione di
tutte le prestazioni

3) ALTRO (specificare).....

parte delle prestazioni....

Nel caso di convenzione:

Denominazione dell'Ente con cui esiste convenzione:

.....

PRIVATA

- 1) Ente Religioso
- 2) Fondazione
- 3) Associazione
- 4) Associazione Volontariato
- 5) Cooperativa
- 6) Cooperativa Sociale
- 7) Societa' Commerciale
- 8) Ipab Depublicizzata
- 9) Altro (specificare)

2 MODALITA' DI FUNZIONAMENTO

2.1 Allegare **relazione** relativa agli sviluppi intervenuti rispetto alla progettazione iniziale ed il grado di avvicinamento all'obiettivo finale. Tale relazione deve precisare :

1. declinazione degli obiettivi che sono stati raggiunti nel corso dell'anno
2. descrizione della programmazione individualizzata e grado di condivisione da parte della persona disabile, nonché eventuale ridefinizione per il conseguimento degli obiettivi
3. eventuale rideterminazione delle attività a seguito riassetto dei programmi individualizzati
4. esplicitazione degli eventuali nodi critici incontrati nel perseguimento degli obiettivi
5. descrizione puntuale delle strategie messe in atto per realizzare l'integrazione sociale

2.2 - n. giorni funzionamento nell'anno

- Apertura settimanale:

- n. giorni funzionamento settimanale □□□

- orario di funzionamento giornaliero dalle _____ alle _____
dalle _____ alle _____

3. MODALITA' DI AMMISSIONE

3.1 Chi propone l'ammissione delle persone disabili al servizio:

Nucleo dipartimentale A.S.L.

Servizio Disabili dell'A.S.L.

Equipe specialistica dell'A.S.L. dell'Ente gestore

Singole figure specialistiche dell'A.S.L. dell'Ente gestore

(precisare quali _____)

Responsabili e Operatori del servizio

3.2 Chi predispose il programma personalizzato e mirato per ogni persona disabile:

Nucleo dipartimentale A.S.L.

Servizio Disabili dell'A.S.L.

Equipe specialistica dell'A.S.L. dell'Ente gestore

Singole figure specialistiche dell'A.S.L. dell'Ente gestore

(precisare quali _____)

Responsabili e Operatori del servizio

3.3 Alla famiglia viene chiesta la condivisione del progetto individuale SI NO

3.4 La famiglia viene coinvolta nella realizzazione del servizio SI NO

(se SI specificare come _____)

3.5 n. nuovi ingressi nel corso del 2016

3.6 n. dimissioni effettuate nel corso del 2016

3.7 n. domande giacenti, in lista d'attesa, alla data del 31.12.2016

5. MODALITA' DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO

NUM. PROGR. ESS.	COGNOME NOME (1)	CODICE FISCALE E/o TESSERA SANITARIA	COGNOME NOME (1)	FREQUENZA SFA		MONITORAGGIO		PROBLEMI INTERVENUTI DURANTE IL PERCORSO	DIMINUIZIONE DELLA PRESA IN CARICO (3)	CESSAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DURANTE O ALLA FINE
				T.P. (2)	P.T. (2)	Costante ore operatore	Saltuario ore operatore			

(1) Il numero progressivo, corrispondente ad ogni utente, è uguale a quello identificativo riportato nella scheda 5

(2) indicare se trattasi di tempo pieno, tempo parziale oppure frequenza per alcune ore.

(3) precisare se a seguito di raggiungimento di obiettivi intermedi rispetto al processo di acquisizione di autonomia, oppure per utilizzo di part-time di altri servizi, ovvero per altre motivazioni.

6. RIEPILOGO DEL PERSONALE (1)

FIGURE PROFESSIONALI	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
	DIPENDENTE	CONVENZIONATI	LIBERO PROF.	VOLONTARI	OBIETTORI
RESPONSABILE					
TECNICI LAUREATI					
ASSISTENTI SOCIALI					
PERSONALE EDUCATIVO					
A.S.A.					
PERSONALE SANITARIO					
ALTRO PERSONALE					
TOTALE					

Nota (1) Riportare il personale i cui oneri sono a carico del Gestore, indicando le sole prestazioni rese nel servizio rendicontato.

CODICI DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI DA UTILIZZARE PER LA RENDICONTAZIONE ANALITICA DI CUI ALLE PAGINE SUCCESSIVE

PERSONALE SANITARIO	NEUROPSICHIATRA	2.3
	PSICHIATRA	2.4
	PSICOLOGO	2.8
	ALTRO SPECIALISTA	2.10
	INFERMIERE	8.1

TECNICI LAUREATI	PEDAGOGISTA	9.1
	PSICOPEDAGOGISTA	9.2
	SOCIOLOGO	9.3

ASSISTENTE SOCIALE	4.4
---------------------------	------------

PERSONALE EDUCATIVO	ANIMATORE SOCIALE	4.1
	EDUCATORE PROF.	4.2

A.S.A.	
7.1	

PERSONALE EDUCATIVO

Cognome	Nome	cod. figura. Profess.	in possesso di qualifica specifica		Orario di lavoro settimanale	Durata del rapporto di lavoro (settimane)	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO					
			SI	NO			dipendenti	convenzionati	rapp.libero profess.	Volontari	Obiettori	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
Totali						XXXXX	XXXXX					

PERSONALE TECNICO LAUREATO

Cognome	Nome	Cod. figura . Profess.	Orario di lavoro settimanale	Durata del rapporto di lavoro (settimane)	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
					dipendenti	convenzionati	libero profes	Volontari	Obiettori
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Totali			XXXXX	XXXXX					

PERSONALE SOCIALE

(comprende la figura dell'assistente sociale e dell'ausiliario socio-assistenziale)

Cognome	Nome	Cod. figura Profess.	In possesso di qualifica specifica		Orario di lavoro settimanale	Durata del rapporto di lavoro (settimane)	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
			SI	NO			dipendenti	convenzionati	libero profess	Volontari	Obiettori
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
Totali					XXXXX	XXXXX					

PERSONALE SANITARIO

Cognome	Nome	cod. figura Profess.	Orario di lavoro settimanale	durata del rapporto di lavoro (settimane)	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
					dipendenti	convenzionati	rapp.libero profess.	Volontari	Obiettori
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Totali			XXXXXX	XXXXXX					

ALTRO PERSONALE

Cognome	Nome	Cod. figura Profess.	Orario di lavoro settimanale	Durata del rapporto di lavoro (settimane)	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
					dipendenti	convenzionati	libero profess	Volontari	Obiettori
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Totali									

7) ENTRATE

ENTRATE CORRENTI	(in Euro)
Rette a carico dei Comuni	-----
Rette a carico degli utenti	-----
Rendite patrimoniali	-----
Altre entrate correnti	-----
-----	-----
-----	-----
TOTALE ENTRATE CORRENTI	

8) USCITE CORRENTI

Personale		Altre spese	
(in Euro)		(in Euro)	
Responsabile		Pasti	
Tecnici Laureati		Lavanderia	
Assistenti sociali		Pulizia	
Personale Educativo		Trasporto	
A.s.a		Materiali di consumo	
Altro personale		Piccole attrezzature	
		Altre spese generali	
Sub-totale			
Personale sanitario			
Totale personale		Totale altre spese	

TOTALE GENERALE

Compilatore: Sig

Qualifica

Tel e mail.....