

**SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA
DATI DI CONSUNTIVO 2022**

1 IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE

1.1 Denominazione.....

P.zza.....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	A.S.P.	.....

Modalità di gestione

- 1) DIRETTA per l'erogazione di tutte le prestazioni
- 2) TRAMITE CONVENZIONE/
APPALTO CON ALTRO SOGGETTO
- 3) ALTRO (specificare)..... parte delle prestazioni....

Nel caso di convenzione denominazione dell'Ente con cui esiste convenzione:

.....

<u>PRIVATA</u>	1) Ente Religioso	.....
	2) Fondazione	.....
	3) Associazione	.....
	4) Associazione Volontariato	.....
	5) Cooperativa	.....
	6) Cooperativa Sociale	.....
	7) Società Commerciale	.....
	8) 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:

per le persone residenti nel comune sede del servizio:

per le persone residenti negli altri comuni dell'Ambito:

per le persone residenti in altri ambiti:

3.2 Chi sottoscrive il programma personalizzato per ogni persona disabile:

(indicare tutti quelli coinvolti)

assistente sociale referente	SI	NO
psicologo ASL	SI	NO
specialista NPI	SI	NO
altri specialisti (specificare _____)	SI	NO
operatore referente Comunità	SI	NO
responsabile Comunità	SI	NO
interessato o familiare	SI	NO

3.3 Altre modalità di coinvolgimento degli utenti e delle famiglie

Incontri individuali programmati	SI	NO
----------------------------------	----	----

Specificare modalità

Incontri idi gruppo	SI	NO
---------------------	----	----

Specificare modalità e occasioni

3.4 L'utente e/o la famiglia paga direttamente per alcune tipologie di servizi	SI	NO
--	----	----

Specificare quali e relativo ammontare

3.5 n. nuovi ingressi nel corso del 2022

3.6 n. dimissioni effettuate nel corso del 2022

3.7 n. domande giacenti, in lista d'attesa, alla data del 31.12.2022

3.8 n. utenti complessive che hanno usufruito del servizio nell'anno 2022

5. MODALITA' DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO

Num.Pro(*)	Cod.Utente (**)	Anno inizio frequenza del al servizio	frequenza				attività esterne alla struttura			Descrizione attività esterne	Frequenza nell'anno 2021 (nel caso di frequenza per tutto l'anno indicare 01/01- 31/12)	
			Tempo pieno	½ giornata	alcuni gg sett.	Tot. giorni di freq. 2022	Tutti i giorni	Fino a 3 giorni sett.	Meno di 3 giorni sett.		Dal gg/mm	Al gg/mm

(*) Il numero progressivo, corrispondente ad ogni utente, è uguale a quello identificativo riportato nella scheda 4

(**) compilazione a cura dell'Ambito

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	CODICE QUALIFICA
NEUROPSICHIATRA	2.3
PSICHIATRA	2.4
PSICOLOGO	2.8
ALTRO SPECIALISTA	2.10
INFERMIERE	8.1

PERSONALE SOCIALE	CODICE QUALIFICA
ASSISTENTE SOCIALE	4.4

PERSONALE EDUCATIVO	CODICE QUALIFICA
ANIMATORE SOCIALE	4.1
EDUCATORE PROFESSIONALE	4.2

PERSONALE SOCIALE	CODICE QUALIFICA
A.S.A.	7.1

TECNICI LAUREATI	CODICE QUALIFICA
PEDAGOGISTA	9.1
PSICOPEDAGOGISTA	9.2
SOCIOLOGO	9.3

PERSONALE TECNICO LAUREATO

Cognome Nome	Cod. figura . Profess.	Orario di lavoro sett.	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								
Totali		XXXXX	XXXXX					

(*) indicare se trattasi di :

- attività individuale
- attraverso organizzazione di volontariato, specificare quale

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										
Totali				XXXXX	XXXXXX					

(*) indicare se trattasi di :

- attività individuale
- attraverso organizzazione di volontariato, specificare quale

PERSONALE SANITARIO

Cognome Nome	cod. figura Profess.	Orario di lavoro sett.	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								
Totali		XXXXX	XXXXX					

(*) indicare se trattasi di :

- attività individuale
- attraverso organizzazione di volontariato, specificare quale

ALTRO PERSONALE

Cognome Nome	Cod. figura Profess.	Orario di lavoro sett.	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								
Totali								

(*) indicare se trattasi di :

- attività individuale
- attraverso organizzazione di volontariato, specificare quale

7) ENTRATE anno 2022

ENTRATE CORRENTI	(in Euro)
1. Rette a carico dei Comuni	1. -----
2. Rette a carico degli utenti :	2. -----
- per frequenza servizio	-----
- per pasto	-----
- per trasporto	-----
- per altro (specificare)	-----
3. Rendite patrimoniali	3. -----
4. Altre entrate correnti	4. -----
5. Fondo Sociale	5. -----
6. -----	6. -----
7. -----	7. -----
TOTALE ENTRATE CORRENTI	

Ammontare retta giornaliera minima a carico dei Comuni per la frequenza del servizio

Ammontare retta giornaliera massima a carico dei Comuni per la frequenza del servizio

8) USCITE CORRENTI anno 2022

Personale (in Euro)		Altre spese (in Euro)	
Responsabile		Pasti	
Personale Educativo		Lavanderia	
Assistenti sociali		Pulizia	
A.s.a		Trasporto	
		Materiali di consumo	
Tecnici Laureati		Piccole attrezzature	
Altro personale		Altre spese generali	
		Affitto	
		Manutenzioni	
Sub-totale			
		Utenze	
Personale Sanitario		Assicurazioni	
		Qualità	
<i>Totale personale</i>		Totale altre spese	

TOTALE GENERALE

--

Compilatore:

Qualifica

Tel e mail.....