

Distretto 4 ASL MI 2
Fondo Sociale Regionale 2010
DATI CONSUNTIVO 2009

SERVIZI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA

IDENTIFICAZIONE DELL'ENTE GESTORE

Denominazione Ente Gestore.....

Via.....n.....

Tel.....fax.....

Email.....

Comune.....CAP.....PV.....

Codice fiscale.....

Denominazione del Servizio.....

Natura Giuridica Ente Gestore (specificare).....

Modalità di collaborazione con Enti Pubblici (specificare enti pubblici e tipologia di collaborazione in atto):

MODALITA' DI FUNZIONAMENTO

Allegare **relazione** descrittiva dell'attività annuale, contenete i seguenti punti:

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

Numero giorni funzionamento nell'anno _____

Apertura settimanale:

n. giorni funzionamento settimanale _____

orario di funzionamento giornaliero

dalle _____ alle _____
dalle _____ alle _____

MODALITA' DI AMMISSIONE

Chi propone l'ammissione delle persone disabili al servizio (specificare).....

.....

Figure professionali coinvolte nella predisposizione del programma personalizzato e mirato per ogni persona disabile (specificare)

.....

Alla famiglia viene chiesta la condivisione del progetto individuale SI NO

La famiglia viene coinvolta nella realizzazione del servizio SI NO
se SI specificare come:

n. nuovi ingressi nel corso del 2009:

n. dimissioni effettuate nel corso del 2009:

n. domande giacenti, in lista d'attesa, alla data del 31.12.2009:

12																							
13																							
14																							
25																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							

In caso di ulteriori utenti inseriti, aggiungere righe alla tabella, numerandole

5. MODALITA' DI FRUIZIONE DEL SERVIZIO

NUMERO PROGRESSIVO (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							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

16							
17							
18							
19							
20							
21							

In caso di ulteriori utenti inseriti, aggiungere righe alla tabella, numerandole

- (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	VOLONTARI SCN
RESPONSABILE					
TECNICI LAUREATI					
ASSISTENTI SOCIALI					
PERSONALE EDUCATIVO					
ASA					
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 professionale	4.2

ASA 7.1

7) ENTRATE

ENTRATE CORRENTI	(in Euro)
Rette a carico dei Comuni (SERVIZI COMPLEMENTARI INCLUSI, QUALI AD ES. TRASPORTI)	----- -----
Rette a carico degli utenti	-----
Rendite patrimoniali	-----
Entrate da FSR 2009	-----
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	
Sub-totale		Sono ESCLUSE SPESE STRAORDINARIE, SESE AFFITTO O MUTUI	
Personale sanitario			
Totale personale		Totale altre spese	

TOTALE USCITE GENERALE