

COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI / CSS

CONSUNTIVO ANNO 2021

Le schede devono essere utilizzate per rendicontare l'attività svolta nell'esercizio 2021
Nel caso di più unità d'offerta gestite da un unico Ente Gestore, vanno rese schede di rendicontazione separate per ogni singola struttura.

1) IDENTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA

Denominazione _____
Via _____ n. _____ Tel. _____ Fax _____
Comune _____ Cap. _____ Provincia _____
e mail.....

Se l'indirizzo è cambiato, indicare di seguito quello precedente e il motivo della variazione.

2) IDENTIFICAZIONE DELL' ENTE GESTORE

2.1 Denominazione _____
Via _____ n. _____ Tel. _____ Fax _____
Comune _____ Cap. _____ Provincia _____
e mail.....

COD. FISC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2 Natura giuridica dell'Ente Gestore

- 2.2.1 PUBBLICA: 1 COMUNE
2 A.S.L./AZIENDA OSPEDALIERA
3 COMUNITA' MONTANA
4 CONSORZIO DI COMUNI
5 PROVINCIA

Modalità di gestione

- 0 DIRETTA
3 TRAMITE CONVENZ. CONTRATTO CON ALTRO SOGGETTO
5 ALTRO (specificare _____) } per l'erogazione di: tutte le prestazioni
parte delle prestazioni

Nel caso di convenzione:

Modalità di affidamento

- 1 TRATTATIVA PRIVATA
2 LICITAZIONE PRIVATA
3 APPALTO CONCORSO
4 ALTRO (specificare _____)

Denominazione dell'Ente con cui esiste convenzione _____

- 2.2.2 PRIVATA a ENTE RELIGIOSO
b FONDAZIONE
c ASSOCIAZIONE
d ASSOCIAZIONE VOLONTARIATO
e COOPERATIVA SOLIDARIETA'
f COOPERATIVA
g AZIENDA
h ALTRO
- CONVENZIONATO CON COMUNE *
ALTRO *
NON CONVENZIONATO
CONVENZIONATO CON PIU' SOGGETTI *

3) AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

3.1 L'ente gestore è in possesso di autorizzazione al funzionamento?

SI NO

se si indicare estremi dell'autorizzazione _____

3.2 L'Ente gestore ha inoltrato comunicazione di inizio attività ai sensi della L.R.3/2008?

SI NO

se si indicare la data di invio della comunicazione _____

3.3 Data dell'ultima visita di Vigilanza dell'ASL _____

3.4 Il Servizio è accreditato come Comunità Socio Sanitaria

SI NO

se si indicare estremi dell'autorizzazione _____

N° posti accreditati **4) CAPACITA' OPERATIVA**

4.1 Capienza strutturale posti (1)

(come da autorizzazione al funzionamento qualora rilasciata)

N.

4.2 Capienza gestionale

(utenti assistibili in rapporto alla dotazione di personale)

N. **5) SERVIZI**

5.1 L'Unità d'offerta ha elaborato la carta dei Servizi?

SI

5.2 sono previsti:

Uscite plurisettemanali

SI NO

Gite

SI NO

Vacanze

SI NO

Terapie fisiche/fisioterapiche

SI NO

terapie occupazionali

SI NO

riabilitazione cognitiva

SI NO

animazione

SI NO

attività multimediali

SI NO

Altro _____

SI NO

5.3 visite familiari

plurisettemanali

 NO

settemanali

 NO

NOTA: (1) Va indicata la ricettività potenziale della struttura (non il numero degli utenti iscritti o presenti) come risultante dal provvedimento relativo all'autorizzazione al funzionamento (se rilasciato) o dalla comunicazione di inizio attività inoltrata dall'Ente Gestore.

(Ogni numero progressivo corrisponde ad un utente)

(1) Evidenziare con il simbolo * utenti con sindrome autistica, con il simbolo ° utenti con esiti da trauma

nominativo	comune di residenza	Tipologia di ogni utente						Sesso		Età					invalidità civile		Giornate fruite nell'anno di rendic.	provenienza				
		Disabilità motoria/fisica	Disabilità intellettiva	Disabilità sensoriale	Disabilità plurima	Disabilità (specificare)	Altro	MASCHIO	FEMMINA	<17	18/29	30/49	50/64	>65	inferiore al 100/100%	con accompagnamento		con accompagnamento Art.3 comma 3	Fuori ASL	Famiglia	Comunità alloggio	Altra Residenzialità.
tot																						

RIEPILOGO DEL PERSONALE

FIGURE PROFESSIONALI	ORE ANNUE				
	DIPENDENTI	CONVENZIONATI	LIBERI PROF.	VOLONTARI	in Servizio civile
RESPONSABILE					
ASSISTENTI SOCIALI					
PERSONALE EDUCATIVO					
A.S.A./OSS					
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
8.1	

TECNICI LAUREATI	
PEDAGOGISTA	9.1
PSICOPEDAGOGISTA	9.2
SOCIOLOGO	9.3

PERSONALE EDUCATIVO	
ANIMATORE SOCIALE	4.1
EDUCATORE PROF	4.2

ASSISTENTE SOCIALE 4.4

A.S.A. /O.S.S. 7.1

5 PERSONALE SANITARIO

Codice	Cod. figura Prof.	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
		dipendenti	convenzionati	rapp.libero profess.	Volontari	Serv. Civ.
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
Totali						

6 PERSONALE EDUCATIVO

Codice	Cognome	Nome	cod. figura. Profes.	in possesso di qualifica specifica		ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
				SI	NO	dipendenti	convenzionati	rapp.libero profess.	Volontari	Serv Civ.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
Totali										

7 PERSONALE TECNICO LAUREATO

Cognome	Nome	Cod. figura . Profess.	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
			dipendenti	convenzionati	libero profes	Volontari	Serv civ.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Totali							

PERSONALE SOCIALE

(comprende la figura dell'assistente sociale e dell'ASA/OSS)

Cognome	Nome	Cod. figura Profess.	In possesso di qualifica specificata		ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
			SI	NO	dipendenti	convenzion ati	libero profess	Volontari	Serv. Civ.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
Totali									

9 ALTRO PERSONALE

Cod. figura Profess.	ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO					
	dipendenti	convenzionati	libero profess	Volontari	Serv civ.	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

CONSUNTIVO RIFERITO DAL | **2 0 2 1** | **AL** | **2 0 2 1**

- Nel caso di più unità d'offerta gestite da un unico Ente, spese ed entrate vanno possibilmente elencate per singola unità d'offerta. Qualora ciò non fosse possibile

- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2017 delle singole unità d'offerta (e non riferite al bilancio generale dell'Ente Gestore): pertanto nel caso in cui le diverse voci di spesa corrente (personale, vitto, altro) afferiscano a capitoli generali di bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere scorporate

10.1 Spese per il personale sociale impiegato

(oneri gravanti sull'Ente Gestore relativi alla retribuzione lorda, comprensiva degli oneri riflessi)

- per il personale educativo(compreso il responsabile)	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per il personale ausiliario	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per altro personale sociale	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per il personale volontario	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
A - Totale spese di personale	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

10.2 Spese generali (escuse le rate di ammortamento mutui e la manutenzione straordinaria)

- per il vitto	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per attività	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per l'affitto	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per la manutenzione ordinaria	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
- per riscaldamento, utenze varie, etc...	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
B - Totale spese generali	€	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

TOTALE COMPLESSIVO (A + B) € ,

10.3 Spese per il personale sanitario € ,

Entrate

10.4 entrate da rette a carico utenti e/o familiari € ,

11.5 entrate da Comuni convenzionati € ,

11.6 entrate da ASL € ,

11.7 altre entrate € ,

- retta mensile minima € ,

- retta mensile massima € ,

Qualifica _____

Tel. _____

IL DICHIARANTE _____

Tel. : _____