

ALLOGGI PROTETTI ANZIANI

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.....

ATS BS

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.....

2.2 Natura giuridica dell'Ente Gestore

- 2.2.1 PUBBLICA: 1 COMUNE
 2 ATS/ASST
 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 convezione _____

- 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'ATS _____

3.4 Il Servizio è accreditato come Struttura 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. **SERVIZI**

5) 5.1 L'Unità d'offerta ha elaborato la carta dei Servizi?

SI

5.2 sono previsti:

Uscite plurisettemanali

Gite

Vacanze

Terapie fisiche/fisioterapiche

terapie occupazionali

riabilitazione cognitiva

animazione

attività multimediali

Altro _____

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

5.3 visite familiari

plurisettemanali

settemanali

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

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 .

nominativo	comune di residenza	Sesso		Età				MESI fruiti nell'anno di rendic. 2020	MESI fruiti nell'anno corrente 2022	Provenienza, precedente agli AP								
		MASCHIO	FEMMINA	> 65	>75	>85	>95			Casa propria	Famiglia	Comunità alloggio	Altra Residenza					

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

Cognome	Nome	cod. figura Profes	ORE ANNUE EFFETTUATE NEL SERVIZIO				
			dipendenti	convenzion ati	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

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									
Totale									

9 ALTRO PERSONALE

Cognome	Nome	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							

Compilatore del questionario Sig. _____

Qualifica _____

Tel. _____

CERTIFICAZIONE STATISTICA DEL RESPONSABILE

DELL'ENTE GESTORE

La presente scheda, composta da n. _____ pagine, è stata

compilata a cura dell'Ente gestore in data _____

I dati sono stati verificati e se ne certifica la validità.

IL DICHIARANTE

Tel. :

CONSUNTIVO RIFERITO

DAL 01 01 20 21 AL 31 12 20 21

- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2021 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 complessivo (compreso il responsabile)	€	_____	,	_____
- per il personale ausiliario	€	_____	,	_____
- per altro personale sociale	€	_____	,	_____
- per il personale volontario	€	_____	,	_____
A - Totale spese di personale	€	_____	,	_____

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

- per il vitto	€	_____	,	_____
- per attività	€	_____	,	_____
- per l'affitto	€	_____	,	_____
- per la manutenzione ordinaria	€	_____	,	_____
- per riscaldamento, utenze varie, etc...	€	_____	,	_____

B - Totale spese generali € _____, _____

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 ATS - ASST € _____, _____

11.7 altre entrate € _____, _____

- retta mensile minima € _____, _____

- retta mensile massima € _____, _____

Compilatore _____

Tel. _____

IL DICHIARANTE _____
Tel. : _____