COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI / CSS

CONSUNTIVO ANNO 2022

Le schede devono essere utilizzate per rendicontare l'attività svolta nell'esercizio 2022
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 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'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) N. ☐☐
(come da autorizzazione al funzionamento qualora rilasciata)

4.2 Capienza gestionale N. ☐☐
(utenti assistibili in rapporto alla dotazione di personale)

5) SERVIZI

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

5.2 sono previsti:

Uscite plurisettimanali	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

plurisettimanali		☐	NO	☐
settimanali		☐	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	Altro (specificare)	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**

ASSISTENTE SOCIALE
4.4

PERSONALE EDUCATIVO

ANIMATORE SOCIALE	**4.1**
EDUCATORE PROF	**4.2**

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

5 PERSONALE SANITARIO

Cognome	Nome	cod. figura Profess.	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

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						

8 PERSONALE SOCIALE

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

Cognome Nome	Cod. figura Profess.	In possesso di qualifica specifica		ORE ANNUE DESTINATE ESCLUSIVAMENTE AL PROGETTO				
		SI	NO	dipendenti	convenzionati	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

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						

CONSUNTIVO RIFERITO DAL 2022 AL 2022

- 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 2022 delle signole 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)	€	,
- per il personale ausiliario	€	,
- per altro personale sociale	€	,
- per il personale volontario	€	,
A - Totale spese di personale	€	,

10.2 Spese generali (esculse 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 ASL	€	,
11.7 altre entrate	€	,
- retta mensile minima	€	,
- retta mensile massima	€	,

Qualifica _____

Tel. _____ IL DICHIARANTE _____

Tel. :