

Griglia qualitativa/descrittiva della struttura/servizio offerto

Da compilare per ogni struttura proposta per inserimento nell'elenco
(firmare in ogni pagina e in calce)

Avviso pubblico per la formazione di un elenco dei gestori di strutture residenziali e diurne (gruppi appartamento e laboratori protetti/ centri socio occupazionali) non accreditate destinate a disabili adulti, per necessità dell'Azienda Usl di Bologna.

Il sottoscritto _____ in qualità di _____ della società
_____, avente sede in _____ via _____ CF / P IVA
_____, dichiara la presenza dei seguenti elementi qualitativi/descrittivi della
struttura / servizio offerto :

Denominazione:

Tipologia: (es. laboratorio protetto)

Ente gestore:

Sede (indirizzo della struttura) :

Comunicazione inizio attività trasmessa al _____ in data _____

Oppure : Autorizzazione al funzionamento rilasciata in data _____ Ente _____

Numero posti : _____

Accessibilità: (descrivere accessibilità - mezzi pubblici, trasporto autonomo con macchina)

Barriere architettoniche : (specificare adeguatezza in materia di accessibilità e abbattimento barriere architettoniche, ovvero modalità con cui vengono superate tali barriere ; attrezzature a disposizione etc..)

Caratteristiche strutturali oggettivi del Servizio (centro paese/fuori paese, distanza dal centro abitato più vicino alla struttura, presenza di spazi aperti e/o dedicati (orti sociali, stanze per specifiche attività, pet therapy...)

Giorni e orari di apertura settimanale ed eventuali aperture extra-orario:
(specificare eventuali periodi di chiusura / pause estive etc..)

Modalità di accesso e tipologia di frequenza - indicare eventuali flessibilità:

Figure professionali presenti in organico (qualifica e numero) :

Attività formative : (descrivere piano formativo e iniziative maggiormente rilevanti nell'ultimo triennio)

Coperture Assicurative (tipologia e massimali):

Presenza figure professionali aggiuntive e relative attività “ integrative”:

Area riabilitativa (fisiatra, fisioterapista, psicomotricista), area artistico espressiva e ludico artistica (musicoterapeuta, arteterapista;...) area ergoterapica (terapista occupazionale, professionista in attività motorie..) , supporto psicologico, figure specializzate (meccanico, grafico, florvivaista, agronomo, manutentore del verde, cuoco,...)

Breve descrizione dell'organizzazione: specificare attività/laboratori e modalità (gruppo, piccoli gruppi)

Uso di strumenti/ tecniche specifici per la facilitazione alla comunicazione:

☐ SI Se si quali _____

☐ NO

Progetti di integrazione con il territorio:

(specificare progetti e attività svolte in collaborazione con enti/associazioni e altri servizi della comunità (es. scuole, Comune, aziende private, circoli ricreativi,..)

Collaborazione con Servizi Specialistici non afferenti all'Ausl :(con chi e con quali modalità esempio: accordi e convenzioni)

Modalità rapporti con la famiglia:(specificare la cadenza degli incontri con i genitori/fratelli e la presenza di eventuali gruppi di mutuo aiuto o di supporto)

Modalità per la stesura e cadenza delle verifiche dei Progetti individualizzati con la famiglia e i Servizi invianti:

Tipologia Utente: (breve descrizione anche in riferimento alle necessità relazionali/bisogni)

- ☐ maschi
- ☐ femmine
- ☐ entrambi

Età media inseriti: ☐ 16 -25 ☐ 26- 40 ☐ 41-55

☐ 56-65 ☐ oltre 65

Retta giornaliera - con specifica se diversificata in caso di frequenza modulare - e servizi inclusi (specificare l'iva applicata)

Eventuali servizi aggiuntivi e relativo costo: (specificare iva applicata)

Breve descrizione dei percorsi progettuali possibili all'interno del servizio (avviamento/transizione al lavoro, attività occupazionale protetta, inserimenti residenziali con differente copertura assistenziale/educativa , percorsi di sollievo e autonomia)

Luogo e data

Firma del legale Rappresentante

Allegare copia fotostatica documento di identità del sottoscrittore,