**Scheda di rendicontazione Fondo Sociale Regionale**

**Consuntivo anno 2018**

**SFA**

Servizio SFA sperimentale minori

- ☐ Si
- ☐ No

## 1) Identificazione della Struttura:

Denominazione: _____

Via _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Tel._____ Fax _____

e-mail: _____

## 2) Identificazione Ente Gestore:

Denominazione: _____

Via _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Tel._____ Fax _____

e-mail: _____

PEC: _____

**Natura giuridica dell'Ente Gestore**

- **Pubblica**
  - ☐ Comune
  - ☐ Consorzio di Comuni
  - ☐ Provincia
  - ☐ ATS/ASST
  - ☐ Azienda Speciale Consortile
  - ☐ _____

**Modalità di Gestione Prevalente**

- ☐ Diretta/Economia

- ☐ Tramite convenzione
  - ☐ Tutte le prestazioni
  - ☐ Parte delle prestazioni
    specificare_____ente_____

- ☐ Tramite procedura di Evidenza Pubblica (appalto, ecc)
  - ☐ Tutte le prestazioni
  - ☐ Parte delle prestazioni specificare_____

- ☐ Altro
  (specificare)_____

  Nel caso di convenzione:
  Denominazione dell'Ente con cui esiste una convenzione:
  _____

  E' stata fatta richiesta di trasformazione in C.S.E.
- ☐ Sì in data _____
- ☐ No

- **Privata**
  - ☐ Ente Religioso
  - ☐ Fondazione
  - ☐ Associazione
  - ☐ Associazione Volontariato
  - ☐ Associazione famiglia utenti
  - ☐ Associazione solidarietà familiare iscritta nel registro regionale delle associazioni di solidarietà regionale (Valido per NF)
  - ☐ Associazione di promozione
  - ☐ Cooperativa Sociale
  - ☐ Cooperativa
  - ☐ Impresa
  - ☐ Singola Famiglia (valida per COMF)
  - ☐ Società cooperativa a responsabilità limitata
  - ☐ Società cooperativa a solidarietà sociale
  - ☐ Società commerciale
  - ☐ Società per azioni a totale capitale pubblico
  - ☐ Società di servizi
  - ☐ Impresa individuale
  - ☐ Ente morale di Diritto Privato

 Ente Ecclesiastico

**3) Autorizzazione al funzionamento / DIA / comunicazione preventiva di esercizio**

**L'ente gestore è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento / Dichiarazione di inizio attività / Comunicazione Preventiva di esercizio**

 **Sì**

 **No**

**N° POSTI PER I QUALI E' STATA FATTA LA RICHIESTA _____**

**A seguito della domanda presentata dall'Ente Gestore la struttura risulta possedere:**

 Autorizzazione con provvedimento (che si allega in copia) n. _____ del _____

 Dichiarazione di inizio Attività (che si allega in copia) del _____

 Comunicazione preventiva di esercizio (che si allega in copia) del_____

**4) Capacità operativa**

**Capienza strutturale posti n°____**

*Va indicato il numero dei posti autorizzati*

**Presenza in lista di attesa durante l'anno: SI □ NO□**

**N° Domande in lista di attesa non soddisfatte nell'anno 2018_____**

**N° totale degli iscritti nell'anno_____**

Rilevabile dall'elenco degli ammessi alla frequenza e che hanno pagato la retta dall'01.01.2018 al 31.12.2018

**5) Modalità di Funzionamento**

Allegare **relazione** relativa agli sviluppi intervenuti rispetto alla progettazione iniziale ed il grado di avvicinamento all'obiettivo finale.

Tale relazione deve precisare :

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 ore di apertura giornaliera:_____

Numero settimane annue di apertura:_____

MODALITA' DI AMMISSIONE

Chi propone l'ammissione delle persone disabili al servizio:

_____

Chi predispone il programma personalizzato e mirato per ogni persona disabile:

_____

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 2018 ☐

n. dimissioni effettuate nel corso del 2018 ☐

n. domande giacenti, in lista d'attesa, alla data del 31.12.2018 ☐

n. utenti anno 2018 ☐ di cui a tempo parziale ☐

totale ore di frequenza dell'utenza ☐

Caratteristiche dell'utenza (Ogni numero progressivo corrisponde ad un utente)

| | **Tipologia utente** | | | | **N° ore settimanali** | **N° settimane nell'anno** | **Data di arrivo nella C.A. mese/anno** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Disabilità | Sesso | | Età | | | |
| | | M | F | | | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| TOT. | | | | | | | |

## 6) Personale operante nel servizio nell'anno di rendicontazione

| | FIGURE PROFESSIONALI | N. ADDETTI (vedi nota 1) | N. ORE ANNUE (vedi note 2 - 3) |
|---|---|---|---|
| | **RESPONSABILE** | | |
| Personale retribuito | **TECNICO LAUREATO** | | |
| Personale retribuito | **ASSISTENTE SOCIALE** | | |
| Personale retribuito | **PERSONALE EDUCATIVO** | | |
| Personale retribuito | **ASA** | | |
| Personale retribuito | **PERSONALE SANITARIO** | | |
| Personale retribuito | **ALTRO PERSONALE** | | |
| Personale non retribuito | **VOLONTARI** | | |
| Personale non retribuito | **SERVIZIO CIVILE** | | |
| | **TOTALE** | 0 | 0 |

Note:

1. Il personale religioso che non percepisce alcun compenso è da indicare nella colonna volontariato

2. Indicare le ore prestate nel servizio rendicontato o nel caso di volontari /servizio civile quelle previste. Nel caso di dipendenti che oltre alle ore retribuite rendono anche ore di volontariato, vanno compilate entrambe le colonne, indicando in tal modo i due dati separatamente.

3. Per "effettive" si intendono le ore rese nel servizio rendicontato al netto di periodi di malattia, ferie, etc. ma comprensivo di eventuali straordinari

**DENOMINAZIONE STRUTTURA**_____

## 7) CONSUNTIVO RIFERITO AL PERIODO

DAL | | | | | 2 | 0 | 1 | 8 |

g g m m

AL | | | | | 2 | 0 | 1 | 8 |

g g m m

- Nel caso di una o più unità di offerta gestite da un unico Ente, spese ed entrate vanno possibilmente elencate per singola unità di offerta. Qualora ciò non fosse possibile, disaggregare in modo proporzionale al numero degli utenti
- Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2018 delle singole unità di offerta (e non riferite al bilancio generale dell'Ente Gestore): pertanto nel caso in cui le diverse voci di spesa corrente (personale, vitto, altro) afferiscono a capitoli generali di bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere scorporate.

**USCITE**

| **A. Personale** | **Costo annuo** |
|---|---|
| RESPONSABILE | |
| TECNICI LAUREATI | |
| ASSISTENTI SOCIALI | |
| PERSONALE EDUCATIVO | |
| ASA | |
| ALTRO PERSONALE | |
| **TOTALE** | |

| **B. Altre spese** | **Costo annuo** |
|---|---|
| PASTI | |
| LAVANDERIA | |
| PULIZIA | |
| TRASPORTO | |
| MATERIALI DI CONSUMO | |
| PICCOLE ATTREZZATURE | |
| ALTRE SPESE GENERALI | |
| **TOTALE** | |

**TOTALE GENERALE SPESE (A+B) :** €_____

**ENTRATE**

**TOTALE RETTE** (a carico dei Comuni): €_____

**TOTALE RETTE** (a carico dell'utenza): €_____

**TOTALE CONTRIBUTI DA ENTI PUBBLICI** (ad integrazione rette degli utenti o da convenzioni; escluso contributo FSR ex circ.4) €_____

**ALTRE TIPOLOGIE DI ENTRATE** €_____

**TOTALE COMPLESSIVO ENTRATE** €_____

**Retta minima _____ Retta Massima_____**

Compilatore:_____

Qualifica :_____

Tel:_____E-mail_____