



## ANALISI DELL'UTENZA - ANZIANI (1)

6.1 In questa scheda devono essere indicati con nome e cognome esclusivamente gli utenti anziani che hanno fruito di prestazioni socio assistenziali ed educative/animative, ed eventualmente di prestazioni complementari (pasti e lavanderia/stireria). Non devono essere aggiunte altre prestazioni complementari come ad esempio i soggiorni climatici, etc. Può essere rendicontato il servizio pasti fornito al domicilio dell'utente o presso un servizio promosso dall'Ente Gestore del SAD (es. ristoranti,mense,centro diurno per anziani)

Gli utenti ANZIANI che hanno fruito di sole prestazioni complementari devono essere indicati esclusivamente nella successiva scheda 6.2

Elenco nominativo (2) (solo le iniziali)	Tipologia degli utenti				Diagnosi Alzheimer	Con riconoscimento invalidità		Ambiente abitativo dell'utente					Prestazioni		Ulteriori servizi fruiti					Prestaz. Complemen	
	Anziani (per età e genere)					SI	NO	solo	con coniuge/ convivente	coniuge e figli	con figli	con altri parenti	personale sociale		C.D.S.	C.D.I.	B.S.	V.S.	ALTRO	lavanderia	pasti
	65/69	70/74	75/79	> 80									3	4	5	6	7	stireria			
M F	M F	M F	M F								ASA	Anim/Educ									
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
Totale parziale																					
Totale generale																					

Note: 1) Si ricorda che ogni utente va indicato o solo sotto la voce "ANZIANO" e solo sotto la voce "DISABILE"

2) In ogni riga devono essere indicate le caratteristiche di un solo utente e devono essere sempre riportati i totali.

3) CDS = Centro Diurno Sociale

4) CDI = Centro Diurno Integrato

5) BS = Buono Sociale

6) VS = Voucher sociale

7) ALTRO= specificare

## 6.2 - ANALISI DELL'UTENZA - ANZIANI (1)

6.2 In questa scheda devono essere indicati con nome e cognome **esclusivamente** gli utenti ANZIANI che **hanno fruito di sole prestazioni complementari**.

Elenco nominativo (2) (solo le iniziali)	Tipologia degli utenti				Diagnosi Alzheimer	Ambiente abitativo dell'utente					Prest. complemen.		
	Anziani (per età e per genere)					solo convivente	con coniuge/ e figli	coniuge	con figli parenti	con altri	stireria	lavanderia	pasti
	65/69	70/74	75/79	> 80									
M F	M F	M F	M F										
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
Totale parziale													
Totale generale													

Note: 1) **Si ricorda che ogni utente va indicato o solo sotto la voce "ANZIANO" e solo sotto la voce "DISABILE"**

2) In ogni riga devono essere indicate le caratteristiche di un solo utente e devono essere sempre riportati i totali.



## 6. 4 - ANALISI DELL'UTENZA – DISABILI

6.4 In questa scheda devono essere indicati con nome e cognome **esclusivamente** gli utenti DISABILI che **hanno fruito di sole prestazioni complementari**.

Elenco nominativo (2) nome e cognome	Tipologia degli utenti						Ambiente abitativo degli utenti			Ulteriori serv fruiti				Prest. complemen.							
	per età e genere						solo	In famiglia	con altri	Inserim. Scolastic	S.F.A.	Inserim. Lavorativ. 3	C.S.E. 4	lavanderia stireria	pasti						
	fino a 14		15/17		18/34											35/39		40/49		50/64	
	M	F	M	F	M	F										M	F	M	F	M	F
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
Totale parziale																					
Totale generale																					

Note: 1) **Si ricorda che ogni utente va indicato o solo sotto la voce "ANZIANO" e solo sotto la voce "DISABILE"**

2) In ogni riga devono essere indicate le caratteristiche di un solo utente e devono essere sempre riportati i totali.

3) S.F.A. = Servizio Formazione all'autonomia

4) C.S.E. = Centro Socio Educativo

7) PERSONALE SOCIALE (1)

SCHEDA DA COMPILARE SOLO PER I SERVIZI NON VOUCHERIZZATI

7.2 EDUCATORI- ANIMATORI

Figure professionali	Titolo di studio					Qualificazione specifica (2)				N. ore settimanali per tipo di rapporto di lavoro (3)					Settimane Contrattuali di presenza nell'anno	Totale ore annue di presenza effettiva (4)
	scuola obbligo	3 anni post-media	maturità	diploma universitario	laurea	assunto con titolo Spec.	qualificato in servizio	in corso di qualificazione	non qualificato	dipendente da Ente Gestore	dipendente da altro Ente con cui l'E.G. è convenzionato	rapporto professionale	volontario	obiettore		handicappati
COGNOME E NOME	1	2	3	4	5	1	2	3	4	D	C	P	V	O		
1.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
2.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
3.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
4.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
5.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
6.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
7.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
8.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
9.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
10.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
11.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
12.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
13.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
<b>TOTALE</b>	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]		[[ ]
COORDINATORE	Qualifica professionale	Ore annue di coordinamento														
.....		[[ ]														

NOTE: (1) a. Deve esistere coerenza tra tipologia di personale esposto e le prestazioni all'utenza indicate nella scheda 6 (ad es., se viene indicato l'educatore devono essere evidenziate sia le ore, sia l'utenza cui si riferiscono le prestazioni).

- b. Figure professionali come l'assistente sociale, lo psicologo ecc., non devono essere rendicontate in quanto non ammissibili al finanziamento.
- (2) Per "Titolo specifica" del personale si intende:  
**EDUCATORE: (Codice E)** : titolo di "EDUCATORE PROFESSIONALE" conseguito a seguito di specifico corso triennale post-diploma di scuola media superiore;  
**ANIMATORE (Codice A)** : titolo di "ANIMATORE SOCIALE" conseguito a seguito di specifico corso biennale post-diploma di scuola media superiore;
- (3) Indicare le ore contrattuali previste nel servizio rendicontato.
- (4) Per "effettive" si intendono le ore rese nel servizio rendicontato al netto di periodi di malattia, ferie, etc., ma comprensive di eventuali straordinari.

**CONSUNTIVO RIFERITO AL PERIODO**   /   **2014 AL**   /   **2014**

gg mm

gg mm

Vanno indicate tutte e solo le entrate e le spese riferite alla gestione 2014 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 del bilancio dell'Ente Gestore, esse devono essere possibilmente scorpolate.

**8) SPESE CORRENTI (1)**

	Anziani	disabili	Totale (in Euro)
8.1 – Per il personale sociale (2):			
- educatori- animatori.....	€	€	€
- ausiliari socio assistenziali.....	€	€	€
- Totale.....	€	€	€
8.2 - Per prestazioni complementari:			
- pasti .....	€	€	€
- lavanderia, stireria.....	€	€	€
- Totale .....	€	€	€
<b>8.3 - Per Voucher</b>	<b>€</b>		

**10) ENTRATE**

10.1 - Recupero a carico dell'utenza	€	€	€
10.1.1 – Il recupero è effettuato:	<input type="checkbox"/> 1 su tutte le prestazioni <input type="checkbox"/> 2 solo sulle prestazioni complementari		

Compilatore : Sig. ....

Qualifica : .....

Tel. : .....

E mail.....

NOTE: (1) Imputare la spesa per il servizio ad anziani e ad handicappati in proporzione al numero annuo di ore prestate a favore di ciascuna tipologia di utenti.  
 (2) Per "spese personale sociale" va indicato l'onere complessivo a carico dell'Ente Gestore (comprensivo degli oneri riflessi, in caso di personale dipendente, comprensivo di IVA in caso di personale convenzionato o a prestazione professionale). Per quanto riguarda i volontari, va indicato il solo rimborso spese vive.

7) **PERSONALE SOCIALE (1)**      **SCHEDA DA COMPILARE SOLO PER I SERVIZI NON VOUCHERIZZATI**

**7.1 A.S.A**

Figure professionali	Titolo di studio					Qualificazione specifica (2)				N. ore settimanali per tipo di rapporto di lavoro (3)					Settimane Contrattuali di presenza nell'anno	Totale ore annue di presenza effettiva (4)	
	scuola obbligo	3 anni post-media	maturità	diploma universitario	laurea	assunto con titolo. Spec.	qualificato in servizio	in corso di qualificazione	non qualificato	dipendente da Ente Gestore	dipendente da altro Ente con cui l'E.G. è convenzionato	rapporto professionale	volontario	obiettore		anziani	disabili
COGNOME E NOME	1	2	3	4	5	1	2	3	4	D	C	P	V	O			
1.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
2.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
3.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
4.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
5.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
6.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
7.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
8.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
9.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
10.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
11.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
12.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
13.....	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]
<b>TOTALE A.S.A.</b>	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]	[[ ]		[[ ]	[[ ]

NOTE: (1) a. Deve esistere coerenza tra tipologia di personale esposto e le prestazioni all'utenza indicate nella scheda 6 (ad es., se viene indicato l'ASA devono essere evidenziate sia le ore, sia l'utenza cui si riferiscono le prestazioni).

b. Figure professionali come l'assistente sociale, lo psicologo ecc., non devono essere rendicontate in quanto non ammissibili al finanziamento.

(2) Per "titolo specifico" del personale si intende:

**A.S.A.**: qualifica professionale conseguita ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale IV/1267 del 28/2/1989.

(3) Indicare le ore contrattuali previste nel servizio rendicontato.

(4) Per "effettive" si intendono le ore rese nel servizio rendicontato al netto di periodi di malattia, ferie, etc., ma comprensive di eventuali straordinari.





