

**RIPARTIZIONE 1 – SERVIZI ALLA PERSONA -**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL’ACCREDITAMENTO, PER IL TRIENNIO 2023- 2025, DI ENTI GESTORI DI STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI, GIOVANI ADULTI, MADRI CON BAMBINI, DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PERSONE VITTIME DI TRATTA, MEDIANTE AGGIORNAMENTO DEGLI ELENCHI DI STRUTTURE RESIDENZIALI ACCREDITATE GIÀ APPROVATI PER LO STESSO TRIENNIO.**

**ALLEGATO 2 MODULO SCHEDA DESCRITTIVA DELLA STRUTTURA/E**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE** | | |
| ENTE GESTORE | |  |
| DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA | |  |
| TIPOLOGIA DI STRUTTURA | |  |
| ESTREMI DELL’AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO | |  |
| SEDE OPERATIVA | PROVINCIA |  |
| COMUNE |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO | |  |
| FAX | |  |
| E-MAIL | |  |
| PEC | |  |
| SITO WEB | |  |
| REFERENTE DELLA STRUTTURA | COGNOME E NOME |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |
| E-MAIL |  |
| PEC |  |
| **INFORMAZIONI SU RETTE APPLICATE E CAPACITÀ RICETTIVA** | | |
| IMPORTO DELLA RETTA GIORNALIERA APPLICATA PER L’OSPITALITÀ DEL SINGOLO UTENTE (OLTRE IVA, SE APPLICABILE)  **N.B.: se nell’ambito della stessa struttura sono previste rette differenziate a seconda della specifica tipologia di servizio erogato, indicare l’importo di ciascuna delle diverse rette giornaliere previste** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESTAZIONI E SERVIZI INCLUSI NELLA RETTA GIORNALIERA APPLICATA PER L’OSPITALITÀ DEL SINGOLO UTENTE  **N.B.: se nell’ambito della stessa struttura sono previste rette differenziate a seconda della specifica tipologia di servizio erogato, indicare le prestazioni e i servizi inclusi in ciascuna delle diverse rette giornaliere previste** | |  |
| PRESTAZIONI E SERVIZI AGGIUNTIVI EVENTUALMENTE OFFERTI, ANCHE A CARATTERE SANITARIO  **N.B.: per ciascuno di essi, specificare il relativo costo** | |  |
| NUMERO DI UTENTI CHE LA STRUTTURA È IDONEA A OSPITARE | |  |
| SESSO E FASCIA D’ETÀ DEGLI UTENTI CHE LA STRUTTURA È IDONEA A OSPITARE | |  |
| MODULO ABITATIVO  **(inserire breve descrizione)** | |  |
| **INFORMAZIONI LOGISTICHE** | | |
| DISTANZA IN KM DELLA STRUTTURA DALLA SEDE DEL COMUNE DI SULMONA PRESSO IL PALAZZO DEL MUNICIPIO (VIA MAZARA 21)  **N.B.: effettuare il calcolo attraverso Google Maps, considerando il tragitto in auto più breve tra quelli proposti** | |  |
| DISPONIBILITÀ DI AUTOVEICOLO DELLA STRUTTURA DEDICATO AL TRASPORTO DEGLI UTENTI  **(indicare sì/no)** | |  |
| UBICAZIONE DELLA STRUTTURA  **(indicare “in centro abitato” oppure “fuori da centro abitato”)** | |  |
| **INFORMAZIONI TECNICHE** | | |
| POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ SPECIFICAMENTE RIFERITA ALLA STRUTTURA, RILASCIATA DA ENTE ALL’UOPO AUTORIZZATO  **(indicare sì/no; se sì, allegare la certificazione posseduta)** | |  |
| PERSONALE AGGIUNTIVO (es.  consulenti dell’area socio-psico- pedagogica, mediatori culturali, operatori per l’orientamento legale, ecc.) AI FINI DELL’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI O SERVIZI COMPRESI NELLA RETTA GIORNALIERA APPLICATA PER L’OSPITALITÀ DEL SINGOLO UTENTE  **(se presenti, indicare tipologia e numero delle suddette figure professionali)** | |  |
| POSSIBILITÀ DI ACCOGLIENZA DEGLI OSPITI CON REPERIBILITÀ 24 ORE SU 24 IN EMERGENZA  **(indicare sì/no)** | |  |
| POSSIBILITÀ DI PRELIEVO DELL’UTENTE IN CASO DI ACCOGLIENZA 24 ORE SU 24 IN EMERGENZA  **(indicare sì/no)** | |  |
| PREVISIONE DI PERCORSI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLE CAPACITÀ GENITORIALI E ALLA PREVENZIONE DELL’ALLONTANAMENTO DAL CONTESTO FAMILIARE, CON INCONTRI PERIODICI  **(se previsti, inserire breve descrizione)** | |  |
| PREVISIONE DI PERCORSI FINALIZZATI AL RAGGIUNGIMENTO DELL’AUTONOMIA E ALL’INTEGRAZIONE SUL TERRITORIO (ES. INSERIMENTO LAVORATIVO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, PROGETTI DI SEMI-INDIPENDENZA)  **(se previsti, inserire breve descrizione)** | |  |
| COLLABORAZIONE CON ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO DI APPARTENENZA DELL’UTENTE PER FAVORIRNE IL RIENTRO IN FAMIGLIA E IL REINSERIMENTO NEL CONTESTO SOCIALE DI PROVENIENZA  (se prevista, inserire breve descrizione e specificare la tipologia di attività realizzate negli ultimi 12 mesi e il numero di utenti coinvolti nelle stesse; allegare inoltre referenze rilasciate dai soggetti che costituiscono la rete di collaborazione, da cui si evinca l’effettività della collaborazione stessa nonché il ruolo, i compiti e il supporto reciprocamente fornito nella realizzazione dei percorsi dedicati agli ospiti presenti in struttura) | |  |
| COLLABORAZIONE CON ALTRI SERVIZI DEL TERRITORIO PER FAVORIRE L’INSERIMENTO SOCIALE O L’AUTONOMIA PERSONALE DELL’UTENTE, IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI RIENTRO IN FAMIGLIA O IN MANCANZA DI UNA RETE FAMILIARE DI RIFERIMENTO  (se prevista, inserire breve descrizione e specificare la tipologia di attività realizzate negli ultimi 12 mesi e il numero di utenti coinvolti nelle stesse; allegare inoltre referenze rilasciate dai soggetti che costituiscono la rete di collaborazione, da cui si evinca l’effettività della collaborazione stessa nonché il ruolo, i compiti e il supporto reciprocamente fornito nella realizzazione dei percorsi dedicati agli ospiti presenti in struttura) | |  |
| PREVISIONE DI PERCORSI DI AFFIDAMENTO FAMILIARE IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI RIENTRO NELLA FAMIGLIA D’ORIGINE  (se previsti, specificare le relative modalità attuative e il numero di percorsi di affido avviati negli ultimi 12 mesi) | |  |
| **RELAZIONI DESCRITTIVE DEL SERVIZIO RESIDENZIALE EROGATO** | | |
| BREVE RELAZIONE DESCRITTIVA DELLE MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE E DI GESTIONE DEL SERVIZIO RESIDENZIALE EROGATO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI OBIETTIVI DELL’ACCOGLIENZA |  | |
| BREVE RELAZIONE DESCRITTIVA DELL’ORGANIGRAMMA, DEL NUMERO E DELLE QUALIFICHE DEL PERSONALE IMPIEGATO E DELLE MODALITÀ DI SELEZIONE DELLO STESSO, CON INDICAZIONE DEL CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO APPLICATO |  | |

**Allegare Documento di Identità in corso di validità del Legale Rappresentante**

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del legale rappresentante