**Esquema para completar el folleto**

* **Título o Nombre de la Ong**

Días de Luz

* **Logo**



* **Mensaje Descriptivo de la Organización (Slogan)**
* **Presentación de la Organización** 
  + **Quiénes somos**

Centro de día para jóvenes y adultos con discapacidades motrices e intelectuales.

* + **Misión (opcional)**

Brindar un espacio de atención a personas con discapacidad en donde se desarrollen todas las herramientas posibles para el crecimiento de las capacidades personales a fin de lograr una mejor y mayor integración en los aspectos familiares y sociales.

* + **Visión (opcional)**

Nos proponemos a contener y acompañar a la persona con discapacidad y su familia, trabajando con profesionales especializados en distintas áreas, cuyo propósito principal será brindar los servicios de salud, educación, trabajo y vida cotidiana con la mayor eficiencia y jerarquía.

* **Contacto de la organización**
  + **Domicilio:** Antonena 301
  + **Horario de atención:** Lunes a Viernes 8.30 hs. a 12hs
  + **Teléfonos:** 4421299
  + **Email:** [diasdeluz2678.10@gmail.com](mailto:diasdeluz2678.10@gmail.com)
  + **Página Web:**
* **Fotos de la Organización**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

* **Descripción de cada servicio**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIOS** | |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Centro de día. |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | Es el servicio que se brindará al joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.  A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos específicos:   1. Lograr la máxima independencia personal. 2. Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social. 3. Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia. 4. Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional. 5. Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes. 6. Apoyar y orientar la familia. 7. Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades. |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** |  |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** | Jóvenes o adultos con discapacidad severa o profunda. |
| **QUÉ OFRECE** |  |
| **PERIODICIDAD** |  |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** |  |
| **CONDICIONES DE ACCESO** |  |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** | Servicios sociales  Subgrupo: Servicios sociales. |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** |  |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** |  |
| **FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN** |  |

* **Persona de Contacto de la organización encargada de la INFORMACIÓN: aquí deben ir los datos de la persona de la Organización encargada de dar y actualizar la información. Los datos consignados en este apartado NO VAN PUBLICADOS EN EL FOLLETO, sino que tienen el fin de poder crear un usuario quién recibirá las notificaciones desde el sitio.**
  + **Nombre y apellido:** Florencia Malisia
  + **Dni:** 33991946
  + **Fecha de Nacimiento:**
  + **Teléfonos:** 4421299
  + **Email donde desea recibir la información (puede ser el de la organización o el personal):** [diasdeluz2678.10@gmail.com](mailto:diasdeluz2678.10@gmail.com)