**Esquema para completar el folleto**

* **Título o Nombre de la Ong (Fundamental el nombre preciso)**

**G.A.M.A.T**

**Grupo de Apoyo al Mal de Alzheimer Tandilense**

* **Logo**



* **Mensaje Descriptivo de la Organización (Slogan)**

**Centro de estimulación interdisciplinario**

* **Presentación de la Organización (hasta 15 renglones aprox)**

Describir brevemente a la organización en forma general sin detallar en este apartado a los servicios prestados. Se puede utilizar el estatuto como base o responder a las siguientes sugerencias

* + **Quiénes somos (hasta 5 renglones)**

**El Centro de Día G.A.M.A.T. es un servicio de atención especializada e interdisciplinaria dirigida a pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Brinda servicios terapéuticos, sociales y de soporte para pacientes con deterioro cognitivo. No solo brinda estimulación al individuo, sino que alivia la carga diaria de cuidar a un ser querido con este tipo de problemática.**

* + **Misión (opcional) (hasta 5 renglones)**

**Prestar un servicio de atención integral, descubriendo, desarrollando y potenciando las distintas capacidades de personas con discapacidad intelectual.**

* + **Visión (opcional) (hasta 5 renglones)**

**Mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual y su medio familiar y social.**

* **Contacto de la organización**
  + **Domicilio: 4 de Abril 1278**
  + **Horario de atención: de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hs.**
  + **Teléfonos: 0249-4431708**
  + **Email: gamattandilong@gmail.com**
  + **Página Web:** **www.facebook.com/gamat.ong.3**



* **Fotos de la Organización**

|  |  |
| --- | --- |
| https://fbcdn-sphotos-e-a.akamaihd.net/hphotos-ak-xta1/v/t1.0-9/14522819_199968117101118_5685652654047551576_n.jpg?oh=24ac8c790ca8b21527a61537e01687f1&oe=58CC9F61&__gda__=1488281832_0f644e75560fdd09dfa3af8b35b98d2a |  |
|  |  |

* **Descripción de cada servicio**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIOS** | |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Centro de día |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | Busca garantizar cuidados progresivos de los adultos, y es parte de un dispositivo que incluye además la participación de dichos pacientes en talleres de socialización, entre otras iniciativas. |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** | **Pueden agregarse imágenes alusivas al servicio presentado** |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** | **Personas/Organizaciones que reciben el beneficio de los servicios que se ofrecen.**  Adultos que presenten síntomas relacionados al deterioro cognitivo y patologías asociadas. |
| **QUÉ OFRECE** | Ofrecen variedad de actividades de taller, donde cada una de las personas que participan, encuentran las herramientas necesarias para poder adquirir nuevas habilidades y destrezas en el manejo de los materiales favoreciendo el desarrollo de la creatividad y posibilitando a través del hacer, la vehiculizacion de vivencias, la expresión de intereses y necesidades.   * Taller de expresión corporal * Taller de recreación * Taller de comunicación * Taller de artesanías * Taller de memoria * Grupo de actualidad * Taller de cine-debate * Taller del recuerdo * Taller de recreación y tiempo libre * Taller literario * Musicoterapia * Arteterapia * Educación física * Taller de jardinería * Haciendo memoria * Actividades lúdicas, preocupacionales y terapéuticas * Servicio de viandas |
| **PERIODICIDAD** | **Mensual, Semanal, Diaria, etc** |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** | Se atiende a los pacientes desde la mañana, donde desayunan, almuerzan y meriendan, hasta las 4 de la tarde, todos los días. |
| **CONDICIONES DE ACCESO** | **Edad:** adultos  **Documentación a presentar:**   * Constancia o verificación de afiliación a la obra social. * En caso de tratarse de obras sociales, deberán presentar nota o informe correspondiente a la última evaluación realizada. * Fotocopia DNI de la persona que ingresa y del responsable que acompañara el proceso. * Fotocopia del recibo de sueldo. * Fotocopia del certificado de discapacidad. * Fotocopia de inicio de trámite de curatela o sentencia. * Historia clínica o derivación medica con diagnóstico.   **Restricciones (Ejemplo. No se entregan alimentos a niños):** aquellos que no presenten síntomas relacionados al deterioro cognitivo y patologías asociadas.  **Limitaciones:** No  **Etc** para su admisión la persona deberá ser acompañada por sus familiares y/o curador, quienes serán responsables de dar cumplimientos a las normas institucionales que el centro de día exija. Deberán tener una primera entrevista con el equipo coordinador, quienes explicaran la dinámica del servicio y en que consiste el proceso de admisión. La persona deberá ser evaluada por cada integrante del equipo técnico, de donde se concluirá si es posible el ingreso al servicio. Una vez concluida la evaluación se realiza un momento de adaptación en los talleres. La misma se realizara dos veces por semana en ambos turnos y en jornada simple. |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** | **Se debe elegir del esquema de categorías, de no encontrarse sugerir la correspondiente.**  Salud |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** | **Ubicación Física, Dirección, Domicilio**  4 de Abril 1278, Tandil. |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** | **Nombre y apellido**  **Teléfonos**  **Email** |
| **FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN** | **Mensual, Semanal, Diaria, Por demanda, Etc** |

* **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:**
  + **Dni:**
  + **Fecha de Nacimiento:**
  + **Teléfonos:**
  + **Email donde desea recibir la información (puede ser el de la organización o el personal):**