**Esquema para completar el folleto**

* **Título o Nombre de la Ong : Asociación Civil de ayuda solidaria (casas de la esperanza)**
* **Logo**



* **Mensaje Descriptivo de la Organización (Slogan)**
* **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) somos un grupo voluntario de Caritas, que está compuesto por 2 voluntarias, una externa (voluntaria) y una interna, perteneciente a caritas. Además de 3 hermanas azules religiosas que viven en las instalaciones. Y una trabajadora social que se encuentra a cargo del lugar.**
  + **Misión (opcional) (hasta 5 renglones) la misión es proveelerle alojamiento a personas mayores, pero que se encuentren en una situaron de autovalidez.**
  + **Visión (opcional) (hasta 5 renglones) proveer alojamiento para aquellos que lo necesiten y cumplan con los requisitos.**
* **Contacto de la organización**
  + **Domicilio: Fuerte Independencia 345 (Caritas)**
  + **Horario de atención: martes y jueves de 8:00 a 12:00**
  + **Teléfonos: 4425543**
  + **Email: -**
  + **Página Web:** **-**
* **Fotos de la Organización**

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

* **Descripción de cada servicio**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIOS** | |
| **NOMBRE DEL SERVICIO** | Alojamiento para personas mayores “autoválidas” con recursos bajos. |
| **LOGO** |  |
| **DESCRIPCIÓN** | El servicio que presta es alojamiento para personas mayores. El establecimiento consta de 4 módulos destinados a alojar matrimonios, cada unidad habitacional consta de 1 habitación, cocina comedor y baño. Los módulos para personas solas constituyen un monoambiente y se comparte el baño. |
| **IMÁGENES DEL SERVICIO** |  |
| **POBLACIÓN BENEFICIARIA** | **Personas mayores de: 65 años hombres y 60 años mujeres con bajos recursos y autoválidas.** |
| **QUÉ OFRECE** | Ofrece alojamiento a personas mayores, solo presta el lugar. El amoblamiento es por parte de la persona que la habita. |
| **PERIODICIDAD** | **Anual** |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN** | Diario |
| **CONDICIONES DE ACCESO** | **Edad 65 años hombres y 60 años mujeres con familia, bajos recursos y autoválidas.**  **Documentación a presentar: presentar formulario completo.**  **Y certificado de un médico sobre su situación médica. Luego se pasa a una entrevista donde la trabajadora social evalúa la posibilidad de acceder al servicio.** |
| **CATEGORIZACIÓN**  **(Obligatoria)** | **Salud. Residencias de la tercera edad** |
| **UBICACIÓN GEOGRÁFICA** | Rivas Nº1550 |
| **CONTACTO DEL ENCARGADO DEL SERVICIO** | **Nombre y apellido: Manuela Largel**  **Teléfonos :** 249 15 4 556147  **Email: manuela\_largel@yahoo.com.ar** |
| **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: Manuela Largel**
  + **Dni: 33153682**
  + **Fecha de Nacimiento:01/12/87**
  + **Teléfonos:** 249 15 4 556147
  + **Email donde desea recibir la información (puede ser el de la organización o el personal): manuela\_largel@yahoo.com.ar**