|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Hulp- en dienstverleningsaanbod in het kader van het beleidsplan van een Centrum Algemeen Welzijnswerk  | ELGEZ-BP-CAW-HDV-241205 |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSEL**T** 02 553 36 47welzijnswerk@vlaanderen.be[www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)  |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*U gebruikt dit formulier om per team de hulp- en dienstverlening van het CAW in kaart te brengen. Gegevens over de uitbatingsplaatsen vanwaaruit het team werkt, de personeelsinzet en de sectorale doelstellingen waarop het team focust, neemt u op in een afzonderlijk Exceldocument. Voor elk team vult u een afzonderlijk formulier in. Voor teams met dezelfde hulp- en dienstverleningsopdracht, waarvan alleen de vestigingsplaats en/of de personeelsinzet verschilt, volstaat het om één formulier in te vullen en in het afzonderlijke Exceldocument de verschillende vestigingsplaatsen en bijbehorende data op te nemen. **Wat wordt verstaan onder een team?**Onder team wordt verstaan: een afgelijnde hulpverleningseenheid die werkt in teamverband en gezamenlijk verantwoordelijk is voor de uitvoering van een hulp- en dienstverleningsopdracht binnen een vooraf bepaald werkingsgebied. U hoeft alleen een formulier in te vullen voor teams die hulp- en dienstverlening organiseren, niet voor de ondersteunende diensten.*Hoe vult u dit formulier in?*Vul dit formulier elektronisch in. De antwoordruimte wordt automatisch groter als u meer tekst intikt. Formuleer uw antwoord beknopt, maar wel voldoende concreet en duidelijk.*Aan wie bezorgt u dit formulier?*Mail dit ingevulde formulier naar caw.zorg@vlaanderen.be. U hoeft geen papieren versie in te dienen. |
|  |
|  | Identificatiegegevens van het team |
|  |
| 1 | Vul de naam van het CAW in. |
|  |       |
|  |
| 2 | Vul de naam van het team in. |
|  |       |
|  |
| 3 | Vanaf welke datum is het hulp- en dienstverleningsaanbod, zoals opgenomen in dit formulier, van toepassing? |
|  | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  |
|  | Toelichting bij het gerealiseerde aanbod van hulp- en dienstverlening  |
|  |
| 4 | Voor welk hulpaanbod is het team verantwoordelijk en hoe krijgt dat aanbod concreet vorm?Vermeld waarvoor u bij het team terechtkunt. Geef aan wat de belangrijkste activiteiten zijn die het team organiseert, en rond welke problematieken het team werkt. Licht toe wat de belangrijkste werkvormen zijn die daarbij worden ingezet. Formuleer uw antwoord in maximaal 30 regels of 3000 tekens. |
|  |       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | Voor wie werkt het team?Licht toe wie de prioritaire doelgroep van het team is. Formuleer uw antwoord in maximaal 5 regels of 500 tekens. |
|  |       |
|  |
| 6 | Zijn er exclusiecriteria van toepassing binnen het aanbod hulp- en dienstverlening dat het team organiseert? |
|  | [ ]  | ja. Licht die exclusiecriteria toe in maximaal 5 regels of 500 tekens. |
|  |       |
|  | [ ]  | nee |
|  |
|  | Residentiële opvang  |
|  |
| 7 | Organiseert het team residentiële opvang? |
|  | [ ]  | ja. Voor elk opvangcentrum vult u in het Exceldocument “bp\_caw\_res\_opvang.xls” een werkblad in om de erkende opvangcapaciteit in kaart te brengen. |
|  | [ ]  | nee |
|  |
|  | Toelichting bij wijziging van de geplande personeelsinzet (erkende voltijdsequivalenten) |
|  |
| 8 | *U hoeft deze rubriek alleen in te vullen bij wijziging van het aantal ingezette erkende voltijdsequivalenten in het team (bijvoorbeeld om bij uitbreidingen toe te lichten hoe de extra vte worden ingezet). In deze rubriek neemt u de informatie op die specifiek betrekking heeft op de geplande wijziging.*  |
|  |
| 9 | Welke wijziging van de personeelsinzet wordt in het team gerealiseerd?*Geef aan welke wijziging in de personeelsinzet (erkende voltijdsequivalenten algemeen welzijnswerk op jaarbasis) in het team wordt doorgevoerd.* |
|  | verhoging erkende vte algemeen welzijnswerk |       | vte |
|  | vermindering erkende vte algemeen welzijnswerk |       | vte |
|  |
| 10 | Wanneer wordt (of werd) die wijziging in de personeelsinzet operationeel?*Vul hier de datum in vanaf wanneer de wijziging van het aantal erkende voltijdsequivalenten volledig operationeel is (bijvoorbeeld de streefdatum van de effectieve indiensttreding van het personeel).* |
|  | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  |
| 11 | Welke impact heeft de wijziging van de personeelsinzet op het team?Licht toe wat de voornaamste wijzigingen zijn in het aanbod van het team door de gewijzigde personeelsinzet. Formuleer uw antwoord in maximaal 5 regels of 500 tekens. |
|  |       |
|  |
|  | Ondertekening |
|  |
| 12 | ****Vul de onderstaande verklaring in.**** |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |