CIRCULAR INFORMATIVA

*Programa d’Intervenció Logopèdica per a la Promoció de l’Autonomia Personal i la Inclusió Social de les Persones amb Discapacitat Auditiva 2017 (7a. Edició)*

#### Benvolguts/des,

Des del Servei d’Atenció i Suport a les Famílies (SASF) d’ACAPPS ens posem en contacte amb vosaltres amb l’objectiu d’informar-vos de l’inici nostre programa de logopèdia perquè us en pugueu beneficiar si és del vostre interès.

Us informem que durant el mes de febrer d’aquest any (sempre que tinguem els documents que detallem a continuació) posarem en marxa la prestació de serveis d’intervenció logopèdica en el marc del **PROGRAMA D’INTERVENCIÓ LOGOPÈDICA promogut per FIAPAS i finançat pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i la Fundació ONCE.**

Aquelles famílies que hi estigueu interessades ens ho heu de comunicar **abans del divendres 27 de gener de 2017** al Servei d’Atenció i Suport a les Famílies trucant al telèfon 93 210 55 30 / 620 99 34 22 o bé enviant un correu electrònic a l’adreça saaf@acapps.org i ens haureu de fer arribar emplenat el document de compromís que s’adjunta a continuació, podeu enviar-lo per mail encara que necessitem l’original.

**Servei d’atenció i Suport a les Famílies**

Magda Giralt Vilalta

Tel. 93.210.55.30 / 620 99 34 22

a/e. saaf@acapps.org

www.acapps.org

C. Providència, 42, 4a planta

08024 BARCELONA

**Amb el suport de:**



**Activitats de logopèdia d’ACAPPS 2017**

**Circular Informativa**

Us informem que des d’**ACAPPS reprendrem el programa d’intervenció logopèdica**. Gràcies a aquest programa, s’ofereix atenció i intervenció logopèdica en **modalitat individual** mitjançant el cofinançament de les sessions de logopèdia, a raó de 14,50€ la sessió, que les famílies dueu a terme amb professionals de l’àmbit privat.

**Requisits**

La participació comporta el **compromís d’assistència** per part del vostre fill/a a les sessions i serà imprescindible la col·laboració del/de la logopeda en la justificació de les factures i rebuts de les sessions realitzades. Tant els/les logopedes com les famílies s’han de comprometre a la **presentació de la documentació en els terminis establerts.**

**Criteris i terminis**

Per poder millorar el nostre programa i garantir, en la mesura del possible, cobrir les necessitats de les famílies d’ACAPPS -i donada l’elevada demanda de participació en el programa i les limitacions pressupostàries- es tindran en compte els següents **CRITERIS:**

* Es prioritzarà la participació dels infants d’edats compreses entre els 3 i els 12 anys
* Es prioritzarà la participació dels socis i sòcies d’ACAPPS.
* Per formar part del programa, serà necessari que totes les famílies participants facin o hagin fet una entrevista inicial amb el Servei d’Atenció i Suport a les Famílies (SASF).
* Es considerarà l’adjudicació de les sessions segons l’ordre d’inscripció.

Un cop recollides totes les demandes us comunicarem el número total de sessions assignades i la documentació necessària, i formalitzarem la vostra participació al Programa d’Intervenció Logopèdica.

Aquelles famílies que hi estigueu interessades ens ho heu de comunicar **abans del divendres 27 de gener de 2017** al Servei d’Atenció i Suport a les Famílies o trucant al telèfon 93 210 55 30 / 620 99 34 22 o bé enviant un correu electrònic a l’adreça saaf@acapps.org i ens haureu de fer arribar escannejat el document de compromís que trobareu a continuació. Més endavant us demanarem que ens feu arribar el document de compromís original per correu postal a l’adreça **c/Providència, 42, 4t. 08024 Barcelona.**

**Amb el suport de:**



**Activitats de logopèdia d’ACAPPS 2017**

**Document de compromís**

|  |
| --- |
| En/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com interessat/da major d’edat, o com a mare, pare o tutor/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_ anys, vull fer constar que **estic interessat/da en les activitats d’intervenció logopèdica** que ofereix ACAPPS gràcies al cofinançament de FIAPAS, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, i la Fundació ONCE.I amb la signatura d’aquest document **em comprometo a**:* Si no s’ha fet amb anterioritat, fer una entrevista amb el Servei d’Atenció i Suport a les Famílies d’ACAPPS *per cadascun dels meus fills/es beneficiaris/àries del programa.*
* L’assistència, per part del meu fill/a, a les sessions de logopèdia.
* Comunicar al Servei d’Atenció i Suport a les Famílies d’ACAPPS en quin període es duran a terme les sessions cofinançiades, així com qualsevol incidència que tingui lloc al llarg del desenvolupament del programa.
* La presentació de la documentació requerida en els terminis establerts, per part del/de la logopeda i de la família.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2017 Signatura:  |

**Amb el suport de:**

