

1. Disposiciones generales

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

ORDEN de 5 de julio de 2013, por la que se convocan subvenciones en régimen de concurrencia competitiva en el ámbito de la Consejería de Salud y Bienestar Social, para el ejercicio 2013.

Mediante Orden de 21 de junio de 2013 se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, en el ámbito de la Consejería de Salud y Bienestar Social (BOJA núm 129, de 4 de julio de 2013).

De conformidad con lo dispuesto en la Orden de 21 de junio de 2013, en relación con el Decreto 152/2012, de 5 de junio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Bienestar Social y del Servicio Andaluz de Salud,

DISPONGO

Primero. Convocatoria y limitaciones presupuestarias.

1. Se convocan para el ejercicio 2013, en la modalidad de concesión en régimen de concurrencia competitiva, las siguientes líneas de subvenciones en el ámbito de la Consejería de Salud y Bienestar Social, en la cuantía total máxima que se especifica para cada una de aquellas y con cargo a los créditos presupuestarios que asimismo se indican para cada línea:

Línea	Cuantía máxima	Aplicaciones presupuestarias
Línea 1. Subvenciones individuales para personas mayores.	624.000,00	0.1.16.00.01.00.488.04.31R.
Línea 2. Subvenciones individuales. Personas con discapacidad.	640.800,00	0.1.16.00.01.00.488.07.31R.
Línea 3. Subvenciones para la cobertura de becas de educador o educadora en centros residenciales de protección de menores dependientes de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.	22.641,78	0.1.16.00.01.00.486.03.31E.
		3.1.16.00.01.00.486.03.31E.2014
Línea 4. Subvenciones en el marco del Plan Integral para la Comunidad Gitana de Andalucía para núcleos de población de más de 20.000 habitantes.	363.072,65	0.1.16.00.01.00.465.02.31G.
		0.1.16.00.18.00.460.02.31G.
		1.1.16.00.18.00.460.02.31G.2012
Línea 7. Subvenciones a Entidades Locales para la atención a personas inmigrantes.	1.298.413,00	0.1.16.00.01.00.468.01.31G.
Línea 8. Subvenciones a Entidades Locales para intervención en Zonas con Necesidades de Transformación Social.	2.663.250,00	0.1.16.00.01.00.465.01.31G.
Línea 9. Subvenciones en materia de prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones.	1.471.043,46	1.1.16.00.18.00.462.00.31B.2012
		0.1.16.00.18.00.462.00.31B.
		0.1.16.00.01.00.462.00.31B.
		0.1.16.00.01.00.462.01.31B.
Línea 10. Subvenciones para el mantenimiento de entidades privadas dedicadas al ámbito de la acción social.	1.095.852,00	0.1.16.00.01.00.485.00.31G.
		0.1.16.00.18.00.482.00.31B.
		0.1.16.00.01.00.482.02.31B.
Línea 11. Subvenciones a entidades privadas para Programas de acción social.	8.009.280,00	0.1.16.00.01.00.485.00.31G.
		0.1.16.00.01.00.482.02.31B.
		0.1.16.00.02.00.484.01.32E.
		1.1.16.00.18.00.482.00.31B.2012
		0.1.16.00.18.00.482.00.31B.
Línea 14. Subvenciones institucionales. Personas mayores. Programas y mantenimiento.	828.325,63	0.1.16.00.01.00.469.01.31R.
		0.1.16.00.01.00.441.04.31R.
		0.1.16.00.01.00.488.03.31R.

Línea	Cuantía máxima	Aplicaciones presupuestarias
Línea 16. Subvenciones institucionales. Personas con discapacidad. Programas y mantenimiento.	5.702.436,90	0.1.16.00.01.00.441.03.31R.
		0.1.16.00.01.00.469.00.31R.
		0.1.16.00.01.00.470.00.31R.
		0.1.16.00.01.00.488.00.31R.
		0.1.16.00.16.00.788.00.31R.
		1.1.16.00.18.00.488.00.31R.2012
Línea 17. Subvenciones institucionales para reforma y equipamiento de centros para la atención a personas con discapacidad.	294.215,00	0.1.16.00.17.00.780.00.31R.

2. En todo caso, la concesión de las subvenciones previstas estará limitada por las disponibilidades presupuestarias existentes.

3. Se podrán adquirir compromisos de gasto de carácter plurianual de conformidad con el artículo 40 del Texto Refundido de la Ley General de Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por el Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, y su normativa de desarrollo.

4. Los eventuales aumentos sobrevenidos en el crédito disponible posibilitarán una resolución complementaria de la concesión de la subvención que incluya solicitudes que, aún cumpliendo todos los requisitos, no hayan sido beneficiarias por agotamiento del mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 5.5. de la Orden de 21 de junio de 2013.

Segundo. Línea de subvenciones para la cobertura de becas de educador o educadora en centros residenciales de protección de menores dependientes de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

La convocatoria para becas de educador o educadora en centros residenciales de protección de menores dependientes de la Consejería de Salud y Bienestar Social para el curso 2013-2014, tiene por objeto la cobertura de veintiuna plazas, de acuerdo con la siguiente distribución por provincias y centros:

Provincia	Centros	Número de plazas
Almería	Piedras Redondas	2
Cádiz	La Cañada	2
	Manuel de Falla	1
Granada	Ángel Ganivet	2
	Bermúdez de Castro	2
Málaga	V. Victoria	6
	V. Esperanza	5
Sevilla	Sta. Teresa de Jesús	1
Total		21

Tercero. Línea de subvenciones institucionales para la reforma y equipamiento de centros para la atención a personas con discapacidad.

La línea de subvenciones para la reforma y equipamiento de centros para la atención a personas con discapacidad, estará limitada en la presente convocatoria a centros de atención diurna por razón de la vinculación a dicha finalidad de los créditos europeos que participan en su financiación.

Cuarto. Bases reguladoras.

La presente convocatoria se regirá por las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva en el ámbito de la Consejería de Salud y Bienestar Social, aprobadas mediante Orden 21 de junio de 2013.

Quinto. Solicitudes y plazo de presentación.

1. Las solicitudes, ajustadas a los formularios que se aprueban para cada línea mediante la presente Orden, irán dirigidas a la persona titular del órgano indicado en el apartado 10.b) del Cuadro Resumen y se presentarán en los lugares indicados en el apartado 10.c) del Cuadro Resumen correspondiente a cada línea de subvención.

Tanto esta solicitud (Anexo I de la presente Orden), como el formulario de alegaciones, aceptación, reformulación y presentación de documentos (Anexo II), se podrán obtener en el Portal de la Administración

de la Junta de Andalucía, en la página web de la propia Consejería en la dirección www.juntadeandalucia.es/saludybienestarsocial.

2. El plazo de presentación de solicitudes será el que figura en el apartado 11 de los Cuadros Resumen de cada una de las líneas de subvenciones que se convocan.

Sexto. Notificación y publicación.

1. De conformidad con el artículo 21 de la Orden de 21 de junio de 2013, los actos que deban notificarse de forma conjunta a todas las personas o entidades interesadas y, en particular, los requerimientos de subsanación, el trámite de audiencia y el de resolución del procedimiento se publicarán en la página web <http://juntadeandalucia.es/saludybienestarsocial>, en los términos del artículo 59.6 b) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y del artículo 12 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. En todo caso, esta publicación sustituye a la notificación personal y surtirá los mismos efectos.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, las notificaciones que deban cursarse personalmente, se practicarán en el lugar o por el medio indicado por las personas o entidades en sus solicitudes.

Séptimo. Utilización de medios telemáticos.

1. De conformidad con lo previsto en el artículo 11.1 de la Orden de 21 de junio de 2013, las solicitudes podrán ser presentadas utilizando medios electrónicos en la forma prevista en el artículo 11.2 de la citada Orden. Asimismo, el estado de tramitación del procedimiento de concesión de estas ayudas podrá ser consultado por las personas interesadas a través de la página web de la Consejería, en la dirección <http://juntadeandalucia.es/saludybienestarsocial>, en la que figurarán los actos de trámite realizados, su contenido y fecha en que fueron dictados.

2. Las notificaciones que deban cursarse personalmente a las personas o entidades interesadas, se practicarán por el medio de notificación electrónico, siempre que aquellas hayan señalado o consentido expresamente dicho medio en el formulario de solicitud, en los términos previstos en el artículo 21.3 de la Orden de 21 de junio de 2013.

Octavo. La presente Orden tendrá efectividad a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 5 de julio de 2013

MARÍA JESÚS MONTERO CUADRADO
Consejera de Salud y Bienestar Social

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES INDIVIDUALES PARA PERSONAS MAYORES. ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS

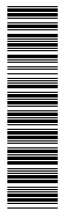
LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN: **CONVOCATORIA:**
 Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE										
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:							DNI/NIE/NIF:			
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:										
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

2	AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS								
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.									
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.									
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.									
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.									
Apellidos y nombre:							DNI:		
Correo electrónico:							Nº móvil:		

3	DATOS BANCARIOS								
Código Entidad		Código Sucursal			Dígito Control		Nº Cuenta		
Entidad:									
Domicilio:									
Localidad:				C. Postal:		Provincia:			

4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA								
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:									
<input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.									
<input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.									
<input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.									



001885/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 4)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en la presente base reguladora. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros. En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE Fdo.:			

ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE

001885/2D

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones, así como el tratamiento estadístico.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 4)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y/O ÓRTESIS (PROTESIS DENTAL)	
Descripción de la prescripción:	
Importe del presupuesto o factura: €	

001885/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 4)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).				
CRITERIO 1.- CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS DE LA PERSONA SOLICITANTE (RENTA PER CÁPITA DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA). (SMI ANUAL).					
(Debe venir indicado y firmado por todos los miembros que convivan con el solicitante).					
Declaro bajo mi expresa responsabilidad que los datos de la unidad familiar a la que pertenezco, así como los ingresos obtenidos por cada uno de sus miembros en el año 20___, son los siguientes, autorizando los citados miembros al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de Hacienda Pública de la Junta de Andalucía aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.					
Solicitante					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento: _____					
1º miembro de la unidad familiar					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento: _____					
2º miembro de la unidad familiar					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento: _____					
3º miembro de la unidad familiar					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento: _____					
4º miembro de la unidad familiar					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento: _____					
5º miembro de la unidad familiar					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento: _____					

001885/2D

00030615

ANVERSO (Hoja 1 de 2) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES INDIVIDUALES PARA PERSONAS MAYORES. ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ COLECTIVO _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:	
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	PAÍS:		C. POSTAL:		
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:	
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	PAÍS:		C. POSTAL:		
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
<input type="checkbox"/>	Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)	
<input type="checkbox"/>	Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN	

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN	
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:	
<input type="checkbox"/>	CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/>	CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/>	DESESTIMADA.
Por lo que,	
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:	
<input type="checkbox"/>	ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/>	RENUNCIO a la solicitud.



00030615

(Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
Documento	Breve descripción
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMO./A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de su solicitud.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA

De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):

- a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
- b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.

Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001885/2/A02D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 6)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en la presente base reguladora. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.			
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE			
Fdo.:			

ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE

001887/2D

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones, así como el tratamiento estadístico.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
<p>SOLICITA LA AYUDA PARA: (Señalar con una X)</p> <p>..... ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y/O ORTESIS</p> <p>..... <input type="checkbox"/> Prótesis dental (máximo 600 euros)</p> <p>..... <input type="checkbox"/> Prótesis ocular (máximo 400 euros)</p> <p>..... <input type="checkbox"/> Prótesis auditiva (máximo 1.200 euros; 600 euros por audífono)</p> <p>..... ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS (máximo 6.050 euros)</p> <p>..... ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR (máximo 750 euros)</p> <p>..... GASTOS DE DESPLAZAMIENTO PARA LA ASISTENCIA A CENTRO RESIDENCIAL, DE DÍA O CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA (máximo 109 euros/mes)</p> <p>A) ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE PRÓTESIS Y/O ÓRTESIS (Siempre que no se encuentren en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del SAS) Descripción de la prescripción:</p> <hr/> <p>Importe del presupuesto o factura: _____ €</p> <p>B) ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y REPARACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS (Siempre que no se encuentren en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del SAS) Descripción de la prescripción:</p> <hr/> <p>Importe del presupuesto o factura: _____ €</p> <p>C) ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR Descripción de la prescripción:</p> <hr/> <p>Importe del presupuesto o factura: _____ €</p>	

001887/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
D) GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD AL CENTRO DE DÍA AL QUE DEBAN ASISTIR, EN AQUELLOS CASOS EN QUE NO PUEDAN HACER USO TOTAL O PARCIAL DEL SERVICIO DISPONIBLE DE TRANSPORTE, ASÍ COMO LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS QUE ESTÉ RECIBIENDO ATENCIÓN TEMPRANA PARA DESPLAZARSE AL CENTRO AL QUE DEBAN ASISTIR:	
D/Doña	
¿Ocupa plaza concertada?	
Asiste al centro o centros:	
.....	
Durante un periodo de meses, desde el al	
Número de sesiones al mes:	
Utilizando el medio de transporte: (señalar la que proceda con una x)	
..... Vehículo propio	
..... Taxis	
..... Tren	
..... Autobús	
Siendo el gasto mensual realizado o a realizar de: euros	
Que la distancia desde mi domicilio al centro al que asisto hay aproximadamente Kilómetros.	

001887/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 6)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).				
CRITERIO 1.- CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS DE LA PERSONA SOLICITANTE (RENTA PER CÁPITA DE LA UNIDAD ECONÓMICA DE CONVIVENCIA). (SMI ANUAL).					
CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS DE LA PERSONA SOLICITANTE. (Deben firmar e incluirse en esta relación a todas las personas que convivan con el solicitante, incluidos los menores de 16 años, cuya firma será la de los tutores legales).					
Declaro bajo mi expresa responsabilidad que los datos de la unidad económica de convivencia a la que pertenezco, así como los ingresos obtenidos por cada uno de sus miembros en el año 20 son las siguientes, autorizando los citados miembros al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, por la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto refundido de la Ley General de Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010.					
Solicitante					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento:					
1º miembro de la unidad económica de convivencia					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento:					
2º miembro de la unidad económica de convivencia					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento:					
3º miembro de la unidad económica de convivencia					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento:					
4º miembro de la unidad económica de convivencia					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento:					
5º miembro de la unidad económica de convivencia					
DNI/NIF	Apellidos y nombre	Ingreso total año 20		Parentesco	Firma autorización
Fecha de nacimiento:					

001887/2D

00030615

(Hoja 1 de 2) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES INDIVIDUALES. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ COLECTIVO _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO:.....

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

..... de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE	
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:	
DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido:
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.
Por lo que,
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.



00030615

(Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
Documento	Breve descripción
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad de la estadística. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001887/2/A02D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 7)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en la presente base reguladora.			
<input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
.....			
.....			
.....			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.			
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE			
Fdo.:			

ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones, así como el tratamiento estadístico.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

001889/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN		
FECHA DE NACIMIENTO			
DATOS DE LAS PLAZAS SOLICITADAS POR ORDEN DE PREFERENCIA DE LA MISMA PROVINCIA			
1. Centro	Localidad		
2. Centro	Localidad		
3. Centro	Localidad		
4. Centro	Localidad		
DATOS ACADÉMICOS			
Estudios a realizar en el próximo curso 20 / 20			
Curso:	Centro:		
Localidad:	Provincia:		
Número de cursos/créditos de los que consta la titulación:			
Estudios realizados en años anteriores (comenzando por el más reciente):			
Curso 20 / 20 :	_____		
Curso 20 / 20 :	_____		
Curso 20 / 20 :	_____		
Curso 20 / 20 :	_____		
Experiencia como educador/a becario/a (comenzando por el más reciente):			
Curso 20 / 20 :	Si	No	Centro:
Curso 20 / 20 :	Si	No	Centro:
Curso 20 / 20 :	Si	No	Centro:
Curso 20 / 20 :	Si	No	Centro:
Otros conocimientos y experiencias			
1.			
2.			
3.			
4.			
Conocimiento de la lengua árabe:			
	Si	No	
Joven que ha sido tutelado:			
	Si	No	
Acogimiento residencial:			
	Si	No	
Último centro:	Localidad		
DATOS ECONÓMICOS DE LA UNIDAD FAMILIAR.			
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE DATOS			
(Incluir todos los miembros de la unidad familiar mayores de 18 años, salvo la persona solicitante)			
Los miembros de la unidad familiar mayores de 18 años DECLARAN bajo su responsabilidad que son ciertos los datos que constan en este apartado y MANIFIESTAN de forma expresa su AUTORIZACIÓN a la Consejería de Salud y Bienestar Social para obtener de la A.E.A.T. y demás Organismos y Administraciones Públicas los datos relativos a las rentas de cada uno de ellos y demás información especificada en la convocatoria, necesarios para tramitación de esta subvención.			

001889/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
1º NIF	APELLIDOS Y NOMBRE: PARENTESCO: INGRESOS: FECHA DE NACIMIENTO: FECHA Y FIRMA:
2º NIF	APELLIDOS Y NOMBRE: PARENTESCO: INGRESOS: FECHA DE NACIMIENTO: FECHA Y FIRMA:
3º NIF	APELLIDOS Y NOMBRE: PARENTESCO: INGRESOS: FECHA DE NACIMIENTO: FECHA Y FIRMA:
4º NIF	APELLIDOS Y NOMBRE: PARENTESCO: INGRESOS: FECHA DE NACIMIENTO: FECHA Y FIRMA:
5º NIF	APELLIDOS Y NOMBRE: PARENTESCO: INGRESOS: FECHA DE NACIMIENTO: FECHA Y FIRMA:

001889/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 7)

ANEXO I

6	<p>CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).</p> <p>CRITERIO 1.- REALIZAR ESTUDIOS UNIVERSITARIOS RELACIONADOS CON LAS CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN O SOCIALES, TALES COMO PEDAGOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA, SOCIOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL O MAGISTERIO.</p> <p>La valoración se realizará en función de los créditos obtenidos en los cursos anteriores, referidos a la titulación que esté desarrollando el alumno o alumna, con un máximo de 5 puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 30 créditos: 0,75 puntos. - De 31 a 59 créditos: 1 punto. - de 60 a 90 créditos: 1,5 puntos. - De 91 a 120 créditos: 2 puntos. - De 121 a 150 créditos: 2,5 puntos. - De 151 a 180 créditos: 3 puntos. - De 181 a 220 créditos: 4 puntos. - Más de 220 créditos: 5 puntos. <p>Los alumnos y alumnas que se matriculen por primera vez recibirán la valoración de un punto.</p> <p>Total puntuación Criterio 1:</p> <p>CRITERIO 2.- REALIZAR ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE OTROS ÁMBITOS.</p> <p>La valoración se realizará en función de los créditos obtenidos en los cursos anteriores, referidos a la titulación que esté desarrollando el alumno o alumna, con un máximo de 3 puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 30 créditos: 0,50 puntos. - De 31 a 59 créditos: 0,75 puntos. - de 60 a 90 créditos: 1 punto. - De 91 a 120 créditos: 1,25 puntos. - De 121 a 150 créditos: 1,5 puntos. - De 151 a 180 créditos: 2 puntos. - De 181 a 220 créditos: 2.5 puntos. - Más de 220 créditos: 3 puntos. <p>Los alumnos y alumnas que se matriculen por primera vez recibirán la valoración de 0,75 puntos.</p> <p>Total puntuación Criterio 2:</p> <p>CRITERIO 3.- MATRICULACIÓN EN ESTUDIOS DE OTRO NIVEL (MÁSTER O DOCTORADO):</p> <p>La valoración de estos estudios excluye el computo de los dos apartados anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la titulación completada por el alumno o alumna es de las referidas en el CRITERIO 1.- de este apartado: 5,5 puntos. - Si la titulación completada por el alumno o alumna es de las referidas en el CRITERIO 2.- de este apartado: 3,5 puntos. <p>Total puntuación Criterio 3:</p> <p>CRITERIO 4.- REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL.</p> <p>Se valorarán del siguiente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando se trate de Ciclos Formativos de la Familia Profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad: 1 punto por curso completo aprobado. - Cuando se trate de Ciclos Formativos de otras familias Profesionales: 0,5 puntos por curso completo aprobado. <p>Los alumnos y alumnas que se matriculen por primera vez recibirán la valoración de 0,75 puntos cuando se trate de Ciclos Formativos de la Familia Profesional de Servicios Socioculturales y 0,25 puntos cuando sean de otras Familias Profesionales distintas.</p> <p>Total puntuación Criterio 4:</p> <p>CRITERIO 5.- EXPERIENCIA ADQUIRIDA POR HABER EJERCIDO COMO EDUCADORES BECARIOS EN CONVOCATORIAS ANTERIORES, SI EL INFORME DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO EN QUE PRESTÓ SU COLABORACIÓN HUBIERA SIDO POSITIVO, SIN QUE PUEDAN COMPUTARSE A ESTOS EFECTOS, LOS AÑOS QUE EXCEDAN DE LOS QUE OFICIALMENTE CORRESPONDAN A LOS ESTUDIOS INICIADOS.</p> <p>Se valorará con 2 puntos por año hasta un máximo de 6 puntos.</p> <p>Total puntuación Criterio 5:</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

001889/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 7)

ANEXO I

CRITERIO 6.- OTRAS EXPERIENCIAS Y CONOCIMIENTOS BENEFICIOSOS Y DE UTILIDAD PARA LA ATENCIÓN A MENORES.

Se valorarán con un máximo de 5 puntos, del siguiente modo:

- Por cada titulación universitaria completa que haya obtenido la persona solicitante, con carácter previo a los estudios que alegue para la solicitud de la beca:

- 3 puntos si se trata de estudios referidos en el Criterio 1º.

- 2 puntos si se trata de estudios de otros ámbitos.

En el caso de solicitantes matriculados en másteres o doctorados, no podrá computarse en este apartado la titulación requerida para la realización de dichos estudios.

- Por cada 60 créditos obtenidos en titulaciones universitarias no completadas, de los referidos en el Criterio 1º, 0,75 puntos. Siempre que no se trate de los estudios computados en el criterio 1º.
- Por cada 60 créditos obtenidos en titulaciones universitarias no completadas, referidas a estudios de otros ámbitos, 0,50 puntos. Siempre que no se trate de los estudios computados en el criterio 2º.
- Por cada ciclo formativo completado de la Familia Profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad, 2 puntos.
- Por cada ciclo formativo completado de otras Familias Profesionales, 1 punto.
- Por cursos, seminarios, conferencias o jornadas, etc.:
 - Con un número de horas sin especificar o inferior a 20: 0,1 puntos.
 - Entre 20 y 40 horas: 0,2 puntos.
 - Entre 41 y 100 horas: 0,3 puntos.
 - Más de 100 horas: 0,5 puntos.

Total puntuación Criterio 6:

CRITERIO 7.- CONOCIMIENTO DE LA LENGUA ÁRABE.

1 punto

Total puntuación Criterio 7:

CRITERIO 8.- DISTANCIA ENTRE EL CENTRO DE ESTUDIO Y EL LUGAR DONDE TIENE LA RESIDENCIA HABITUAL.

Se valorará del siguiente modo:

- 50 a 99 kilómetros: 1 punto.
- De 100 kilómetros en adelante: 2 puntos.

Total puntuación Criterio 8:

CRITERIO 9.- SITUACIÓN ECONÓMICA.

Se valorará en función de la Renta per cápita familiar (Rnpcf) entendida como el total de los rendimientos netos obtenidos por la unidad familiar dividido por el número de componentes de ésta, según los ingresos declarados, correspondientes al año anterior a la convocatoria. (Actualizar según IPREM)

- Rnpcf inferior a 3597,06 euros: 4 puntos.
- Rnpcf entre 3597,06 euros hasta 7194,12 euros: 3 puntos.
- Rnpcf superior a 7194,12 euros hasta 14388,24 euros: 1 punto.
- Rnpcf superior a 14388,24 euros: 0 puntos.

A estos efectos se consideran miembros computables de la unidad familiar el padre y la madre, el tutor o persona encargada de la guarda y protección del menor, en su caso, el solicitante, los hermanos solteros menores de veinticinco años y que convivan en el domicilio familiar a 31 de diciembre del año anterior a la convocatoria, o los de mayor edad cuando se trate de personas con discapacidad, así como los ascendientes de los padres que justifiquen su residencia en el mismo domicilio que los anteriores con el certificado municipal correspondiente.

En el caso de solicitantes que constituyan unidades familiares independientes también se consideran miembros computables el cónyuge o, en su caso, la persona a la que se halle unido por análoga relación de afectividad, así como los hijos si los hubiere, siempre que convivan en el mismo domicilio.

Los solicitantes provenientes del Sistema de Protección de Menores que a 31 de diciembre del año anterior a la convocatoria se encontrasen en acogimiento residencial constituirán en todo caso una unidad familiar independiente de las referidas en el párrafo anterior.

Total puntuación Criterio 9:

001889/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).(continuación)
CRITERIO 10.- LA CIRCUNSTANCIA DE HABER SIDO TUTELADO POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA, PREVIO INFORME POSITIVO DEL SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA PROVINCIA QUE EJERCIÓ LA TUTELA.	
Incrementará la puntuación total en 8 puntos.	
Total puntuación Criterio 10:	
PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA:	

001889/2D

00030615

(Hoja 1 de 2) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES BECAS DE EDUCADOR O EDUCADORA EN CENTROS RESIDENCIALES DE PROTECCIÓN DE MENORES DEPENDIENTES DE LA CONSEJERÍA

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ COLECTIVO _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

_____ de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
<input type="checkbox"/>	Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)	
<input type="checkbox"/>	Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN	

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN	
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:	
<input type="checkbox"/>	CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/>	CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/>	DESESTIMADA.
Por lo que,	
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:	
<input type="checkbox"/>	ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/>	RENUNCIO a la solicitud.



00030615

(Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)	
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):		
	Documento	Breve descripción
1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMO./A SR./SRA. DELEGADO/A TERRITORIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN LA PROVINCIA DE

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de la subvención solicitada.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA

De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):

- a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
- b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.

Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001889/1/A02D

00030615

REVERSO (Hoja 1 de) ANEXO I

4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA			
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.</p> <p><input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.</p>				
Solicitadas				
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)	
.....	€	
.....	€	
.....	€	
Concedidas				
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)	
.....	€	
.....	€	
.....	€	
<p><input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las bases reguladoras.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra/s (especificar):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
<p>Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>				

ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de su solicitud.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

001892/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
5.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO	
COMUNIDAD AUTÓNOMA: ANDALUCÍA	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P. INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD GITANA DE ANDALUCÍA	
DENOMINACIÓN DEL PROYECTO:	
MUNICIPIO Y PROVINCIA:	
BARRIO O LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO:	
ENTIDAD GESTORA DEL PROYECTO:	<input type="checkbox"/> Comunidad Autónoma <input type="checkbox"/> Corporación Local <input type="checkbox"/> Consorcio <input type="checkbox"/> Otros
DOMICILIO:	
MUNICIPIO Y PROVINCIA:	
CÓDIGO POSTAL: Tif.: FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
PERSONA DE CONTACTO EN LA ENTIDAD:	
TELÉFONO:	
INSTALACIONES DESTINADAS A LA GESTIÓN DEL PROYECTO	
TIPO DE LOCAL:	
DOMICILIO:	
MUNICIPIO	
TITULARIDAD Y/O DEPENDENCIA:	
ENCLAVADO EN EL BARRIO, ASENTAMIENTO	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO:	
OTROS LOCALES QUE SE UTILIZAN Y TITULARIDAD DE LOS MISMOS:	

001892/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)																														
5.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO																															
1. Relaciones institucionales del proyecto																															
Totalmente independiente		<input type="checkbox"/>																													
Integrado en otro programa		<input type="checkbox"/>	¿En cuál?.....																												
En colaboración con otras instituciones																															
U. E.	<input type="checkbox"/>	Administración del Estado	<input type="checkbox"/>																												
Administración Autonómica	<input type="checkbox"/>	Administración Local	<input type="checkbox"/>																												
Cáritas	<input type="checkbox"/>	Cajas de Ahorro	<input type="checkbox"/>																												
Cruz Roja	<input type="checkbox"/>	Asociaciones Vecinos	<input type="checkbox"/>																												
AMPAs	<input type="checkbox"/>	Otras ONG	<input type="checkbox"/>																												
Está prevista la colaboración con alguna entidad, en algún programa subvencionado por la Convocatoria del IRPF Especificar en caso afirmativo																															
2. Ubicación del proyecto																															
Zona urbana	<input type="checkbox"/>	Nº de barrios	<input type="checkbox"/>																												
Aislado del núcleo urbano	<input type="checkbox"/>																														
Casco antiguo	<input type="checkbox"/>																														
Zona rural	<input type="checkbox"/>	Nº municipios	<input type="checkbox"/>																												
Núcleos rurales aislados	<input type="checkbox"/>																														
3. Calendario																															
Fecha inicio del proyecto	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>																														
Duración del proyecto	<input style="width: 100px;" type="text"/>																														
4. Personas destinatarias del proyecto																															
- Población total del área afectada por el proyecto (comarca, municipios o barrios)	<input style="width: 100px;" type="text"/>																														
- Usuarios directos (indicar con una E sin son estimados)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 25%;">hombres</th> <th style="width: 25%;">mujeres</th> <th style="width: 25%;">total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0-12</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13-16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17-29</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>29-65</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>65 y más</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Totales</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		hombres	mujeres	total	0-12				13-16				17-29				29-65				65 y más				Totales				
	hombres	mujeres	total																												
0-12																															
13-16																															
17-29																															
29-65																															
65 y más																															
Totales																															
- Sectores de población prioritarios		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="width: 50%;">nº usuarios</th> <th style="width: 50%;">nº familias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Gitanos/as</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Parados de larga duración</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Infancia</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mujer</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mayores</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Transeúntes</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inmigrantes</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otros</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		nº usuarios	nº familias	Gitanos/as			Parados de larga duración			Infancia			Mujer			Mayores			Transeúntes			Inmigrantes			Otros				
	nº usuarios	nº familias																													
Gitanos/as																															
Parados de larga duración																															
Infancia																															
Mujer																															
Mayores																															
Transeúntes																															
Inmigrantes																															
Otros																															

001892/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5 DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)			
5.3. ÁREAS Y OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN			
Área (A)	Necesidades detectadas	Objetivos específicos (Cuantificados) (B)	Indicadores
	1.		
	2.		
	1.		
	2.		
	1.		
	2.		

001892/2D

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5 DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)

5.4. FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

FINANCIACIÓN PREVISTA¹

DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL IGUALDAD (60%) ,

DE LA CONSEJERIA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL (20%) ,

DE LA ENTIDAD LOCAL/ENTIDAD PUBLICA DE CARÁCTER LOCAL(20%) ,

OTRAS

ESPECIFICAR:

..... ,

..... ,

..... ,

TOTAL FINANCIACIÓN ,

¿HA RECIBIDO EL PROYECTO ANTERIORMENTE FINANCIACIÓN?

AÑO	MSPSI	C.A.	C.L.	OTROS

PRESUPUESTO POR CAPÍTULOS (EUROS)

PERSONAL: ,

GASTOS CORRIENTES: ,

MANTENIMIENTO Y ACTIVIDADES ,

DIETAS ,

INVERSIONES: ,

OBRAS ,

EQUIPAMIENTOS ,

TOTAL² ,

001892/2D

¹ La financiación de cada una de las administraciones deberá coincidir con los Certificados de Retención de Crédito.

² Este total tiene que coincidir con el "total de financiación" del proyecto.

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)						DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	COSTE SALARIAL*
	5.5. PERSONAL ADSCRITO AL PROYECTO		TOTAL		DEDICACION			
	PUESTO DE TRABAJO	GITANO	NO GITANO	Nº horas semanales	Mes/Año			
	Dirección/ coordinación							
	Trabajador/a social							
	Educador/a							
	Mediador/a							
	Monitor/a							
	Animador/a sociocultural							
	Maestro/a							
	Abogado/a							
	Sociólogo/a							
	Psicólogo/a							
	Administrativo/a							
	Peón							
	Agente de desarrollo local							
	Voluntarios/as							
	TOTAL							

* Solo especificar el del personal imputable económicamente al proyecto. (Debe coincidir con el total del capítulo de personal del apartado IV)

001892/2D

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5 DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)

5.6. PARTICIPACION DE LA POBLACION

¿Cómo se va a articular la participación de la población?

- Asociaciones Gitanas Especificar: _____
- Otras Asociaciones Especificar: _____
- Reuniones y asambleas
- Creación de comisiones
- Participación en Consejos u otros Organismos
- Convenios
- Otros (especificar)

¿En qué nivel participará la población?

- En el diseño del proyecto
- En la ejecución del proyecto
- En la evaluación del proyecto

¿Se proyecta crear estructuras/normativa de carácter permanente para mantener los cambios generados por el programa?

Sí NO

001892/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)	
5.7. OBSERVACIONES		
5.8 . BREVE DESCRIPCION DEL PROYECTO		
5.9 . VALORACIÓN DEL PROYECTO (1)		
Firma de la persona Responsable (1) Fecha: Sello de la Delegación Provincial	Firma de la persona Responsable (2) Fecha: Sello de la Entidad.	

001892/2D

(1) Por la Delegación Provincial
(2) Por la Entidad Solicitante

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5 DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)		
5.10. INDICADORES POBLACIONALES		
Indicadores Sociales del territorio (rellenar con los datos disponibles)	Datos del territorio/ barrio objeto de intervención	Datos del territorio de referencia (Localidad)
ENTIDAD:	Fecha de los datos <input type="text"/>	Fecha de los datos <input type="text"/>
1. Indicadores demográficos		
1.1. Porcentaje de población > 65 años		
1.2. Porcentaje de población < 16 años		
1.3. Porcentaje de población inmigrante (de otras nacionalidades)		
1.4. Tasa bruta de natalidad		
1.5. Porcentaje de población perteneciente a minorías étnicas		
2. Precariedad laboral		
2.1. Tasa de desempleo (INEM)		
2.2. Población que vive por debajo del umbral de la pobreza (umbral del 50%)		
2.3. Porcentaje de población en situación de pobreza severa (umbral del 25%)		
2.4. Porcentaje de parados jóvenes (menores de 25 años)		
2.5. Porcentaje de parados de larga duración (más de 1 año)		
3. Cohesión y participación		
3.1. Porcentaje de población atendida por Servicios Sociales		
3.2. Tasa de perceptores de Rentas Mínimas de Inserción		
3.3. Porcentaje de ancianos que viven solos		
3.4. Tasa de cronicación en la población de Servicios Sociales (Personas atendidas durante dos o más años)		
3.5. Porcentaje de participación en las últimas elecciones		
3.6. Personas adultas que pertenecen a alguna asociación		
3.7. Número de asociaciones presentes en el territorio		
4. Precariedad de la vivienda		
4.1. Porcentaje de infraviviendas (sin agua corriente, wc, baño o ducha)		
4.2. Número de chabolas		
4.3. Porcentaje de población residente en Chabolas/Infraviviendas		
5. Formación y educación		
5.1. Tasa de analfabetismo en población mayor de 10 años		
5.2. Porcentaje de población inferior a 15 años sin estudios (inferior graduado escolar)		
5.3. Fracaso escolar: tasa de supervivencia escolar en Educación Obligatoria		
6. Actividad económica		
6.1. Consumo eléctrico por habitante (kw/h per cápita)		
6.2. Actividad empresarial: nº de licencias de apertura en el último año.		
6.3. Número de pequeños establecimientos comerciales		
6.4. Porcentaje de adultos entre 18 y 65 años dependiente de prestaciones económicas.		
6.5. Número de oficinas bancarias		
7. Actividad económica		
7.1.		
7.2.		
7.3.		

001892/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

ACLARACIÓN DEL APARTADO 5

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE PROGRAMAS INTEGRALES

a) Territorio.
El territorio se configura como una unidad operativa básica. La intervención se dirige hacia zonas geográficas concretas, con cierta coherencia administrativa (barrio, comarca, etc.), y configuradas como territorios con especiales necesidades sociales (barrios degradados, zonas vulnerables, bolsas de pobreza, etc.).

b) Multidimensionalidad.
Programas que comportan actividades simultáneas de intervención social en las áreas de educación, formación profesional y fomento del empleo, salud, acción social, vivienda y alojamiento, coordinadas por la institución responsable de llevar a cabo el proyecto.

C) Participación.
Los programas desarrollan cauces específicos para fomentar la participación de la población en el diseño, ejecución y en la evaluación del proyecto.

D) Partenariado-Corresponsabilidad.
Los proyectos buscan la corresponsabilidad en la intervención por parte de las administraciones implicadas en el territorio, así como de la iniciativa privada e instituciones sin ánimo de lucro. Se valora la función de liderazgo que deben asumir las Corporaciones Locales y la integración del proyecto en Planes Regionales de Lucha contra la exclusión social o Iniciativas Comunitarias, de mayor amplitud.

(A) AREAS DE INTERVENCIÓN

1. (SS.SS) Servicios Sociales o Acción Social.
2. (E) Educación
3. (S) Salud
4. (I.P.C.) Infraestructura de Producción y Comercio
5. (I.V.) Infraestructura Urbanística
6. (V.A.) Vivienda y alojamiento
7. (ASC) Asociacionismo y Cooperación Social
8. (FPE) Formación Profesional y Fomento del empleo
9. (C) Cultura

(B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS (Cuantificar y concretar en la medida de cada proyecto). Posibles ejemplos:

- 1.1. Difusión de los servicios y prestaciones sociales entre n° personas/ población.
- 1.2. Eliminar mendicidad y transeuntismo en un ... %.
- 1.3. Desarrollo de n° grupos de autoayuda
- 1.4. Generar nuevos servicios: ludoteca, escuela de verano, etc.
- 1.5. Incorporar a n° familias a programas de educación familiar
- 1.6. Otros.
- 2.1. Reducir absentismo escolar en un ...%
- 2.2. Reducir fracaso escolar en un ...%
- 2.3. Reducir analfabetismo en adulto en n%
- 2.4. Creación de n° aulas de aprendizaje de español y de las lenguas de las Comunidades Autónomas, en su caso.
- 2.5. Creación de aulas de refuerzo escolar
- 2.6. Formación de n° profesionales en cultura de minorías étnicas, gitanos y población inmigrante.
- 2.7. Otros.

001892/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

ACLARACIÓN DEL APARTADO 5 (continuación)

- 3.1. Control y seguimiento sanitario infantil: vacunas, crecimiento, etc. 100% población.
- 3.2. Educación sexual al 100% población entre ... y ... edad.
- 3.3. Reducir embarazos de riesgo en un ...%
- 3.4. Reducir el consumo de drogas en un ...%
- 3.5. Otros.
- 4.1 Recuperación de la artesanía tradicional/fomento de los oficios artesanos.
- 4.2 Apoyo/creación de oficinas de Desarrollo Local (especificando tipología, creación de servicios, empleo, etc.).
- 4.3 Establecimiento de una red empresarial en la comarca/barrio
- 4.4 Campaña de divulgación de recursos locales
- 4.5. Otros
- 5.1. Arreglo de nº fachadas, patios y elementos urbanos comunes
- 5.2. Construcción de equipamientos sociales: definir
- 5.3. Construcción de infraestructuras básicas: definir
- 5.4. Otros
- 6.1. Rehabilitación de nº viviendas
- 6.2. Eliminar nº infraviviendas
- 6.3. Realojar nº familias chabolistas
- 6.4. Acompañamiento y apoyo social a nº familias realojadas
- 6.5. Apoyo a la búsqueda de vivienda a nº familias desfavorecidas
- 6.6. Otros
- 7.1. Apoyo a la creación de nuevas asociaciones
- 7.2. Fortalecer las asociaciones existentes (Aumentar actividades y socios en %)
- 7.3. Establecer una red de coordinación y colaboración en el ámbito territorial
- 7.4. Realizar nº cursos para la formación del voluntariado
- 7.5. Otros
- 8.1. Diseño de nº proyectos individualizados de inserción laboral
- 8.2. Realizar nº cursos de formación ocupacional para jóvenes y parados de larga duración
- 8.3. Realización de nº talleres y cursos de capacitación
- 8.4. Formación de adultos y pre-laboral (nº cursos, % población de referencia)
- 8.5. Otros.
- 9.1. Campaña de divulgación de la cultura gitana.
- 9.2. Nº Jornadas, Seminarios o Conferencias sobre asuntos culturales de minorías étnicas o población inmigrante.
- 9.3. Nº Aulas de cultura
- 9.4. Otros.

001892/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES EN EL MARCO DEL PLAN INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD GITANA DE ANDALUCÍA PARA NÚCLEO DE POBLACION DE MÁS DE 20.000 HABITANTES

CONVOCATORIA/EJERCICIO:

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

..... de de de (BOJA nº de fecha

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:								DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:									
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido:
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.
Por lo que,
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.



ANVERSO (Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)	
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):		
	Documento	Breve descripción
1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>	

ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de su solicitud.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.</p>

<p>NOTA</p> <p>De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):</p> <p>a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.</p> <p>b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.</p> <p>Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.</p>

001892/2/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES A ENTIDADES LOCALES PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE										
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:							DNI/NIE/NIF:			
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:										
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

2	AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS								
<p>Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.</p> <p>Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p>Apellidos y nombre: DNI:</p> <p>Correo electrónico: Nº móvil:</p>									

3	DATOS BANCARIOS								
Código Entidad		Código Sucursal		Dígito Control		Nº Cuenta			
Entidad:									
Domicilio:									
Localidad:				Provincia:			C. Postal:		

4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA								
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.</p> <p><input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.</p>									



001881/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 7)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.			
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE			
Fdo.:			

ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

001881/2D

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
	<p>1.- TÍTULO DEL PROGRAMA.</p> <p>2.- DESCRIPCIÓN Y FINES.</p> <p>2.1.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES.</p> <p>2.2.- OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA.</p> <p>2.3.- FINES ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA.</p> <p>3.- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES. (Se rellena este apartado por cada actividad del programa)</p> <p>3.1.- TIPO DE ACTIVIDAD.</p> <p>3.2.- DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD.</p> <p>3.3.- ÁMBITO GEOGRÁFICO.</p> <p>3.4.- DESARROLLO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD.</p> <p>3.5.- FECHA DE INICIO Y FINAL DE LA ACTIVIDAD.</p> <p>3.6.- HORARIO DE ATENCIÓN.</p>

001881/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)				
4.- PRESUPUESTO					
4.1.- GASTOS DE PERSONAL					
ANEXO I					
Tipo de relación (1)	Puesto de Trabajo (2)	Nº horas semanales	Nº meses	Coste Mensual	Coste Total
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
				€	€
TOTAL					€
4.2.- GASTOS CORRIENTES					
- Material fungible		€			
- Material de reprografía		€			
- Dietas		€			
- Seguros		€			
- Suministros		€			
- Alquileres		€			
- Otros		€			
4.3.- SUBCONTRATACIÓN DE ACTIVIDADES SUBVENCIONADAS (Cumplimentar la tabla correspondientes a este apartado, en la página siguiente:)					
ANEXO II					
Entidad / Empresa		Actividad / Servicios subcontratados		Cuantía	
				€	
				€	
				€	
TOTAL					€
4.4.- COSTES Y FINANCIACIÓN TOTAL DEL PROGRAMA					
- Solicitado a Junta de Andalucía		€			
- Aportación Entidad		€			
- Aportaciones públicas/privadas		€			
- Coste total		€			
5.- SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.					

001881/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 7)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
6.A	PROGRAMAS
<p>CRITERIO 1.- Adecuación de las actuaciones objeto de la solicitud a las políticas públicas de la Consejería de Salud y Bienestar Social en materia de inmigración (0-20%).</p> <p>- Justificación del programa según la problemática descrita en el punto 2.1 del apartado 5 de este Anexo en relación con los objetivos previstos.</p>	
<p>CRITERIO 2.- Déficit de recursos en la zona donde se vayan a desarrollar las actuaciones (0-15%).</p> <p>- Descripción de los programas similares de atención a personas inmigrantes que se implementen en el ámbito geográfico de las actuaciones solicitadas.</p>	
<p>CRITERIO 3.- Desarrollo de las actuaciones en zonas con presencia significativa de personas inmigrantes (0-15%).</p> <p>- Indicación del número de personas inmigrantes que viven en la zona donde se desarrollan las actuaciones.</p>	
<p>CRITERIO 4.- Experiencia de la entidad solicitante en el desarrollo de actuaciones similares (0-15%).</p> <p>- Número de subvenciones concedidas en convocatorias de la anterior Consejería para la Igualdad y Bienestar Social desde 2007, destinadas a las actuaciones señaladas en el apartado 1 del cuadro resumen de esta Línea.</p>	
<p>CRITERIO 5.- Número de personas beneficiarias del programa a las que van dirigidas las actuaciones de la entidad solicitante (0-10%).</p> <p>- Estimación de personas a las que se dirige la acción: personas beneficiarias directas.</p>	

001881/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 7)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario). (continuación)
	<p>CRITERIO 6.- Cofinanciación del programa por parte de la entidad solicitante (0-10%).</p> <p>- Especificación del coste total del programa, detallando la aportación de la entidad, si la hubiera, así como, en su caso, otras aportaciones públicas o privadas.</p>
	<p>CRITERIO 7.- Incorporación del enfoque integrado de género en todos los ámbitos del programa (0-10%).</p> <p>- Especificación del impacto de género previsto, con indicación y desglose por sexo.</p>
	<p>CRITERIO 8.- No haberse dictado resolución de reintegro de subvenciones a la entidad solicitante, en el ámbito de esta Línea para la que se solicita la subvención, en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria (0-5%).</p> <p>- En su caso, relación de las Resoluciones de reintegro recaídas sobre la entidad en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria.</p>
6.B	MANTENIMIENTO
	<p>CRITERIO 1.- Adecuación del objeto de la solicitud de subvención a las políticas públicas de la Consejería de Salud y Bienestar Social en materia de inmigración (0-30%).</p> <p>- Justificación del objeto de la solicitud, según la problemática descrita en el punto 2.1 del apartado 5 de este Anexo, en relación con los objetivos previstos.</p>
	<p>CRITERIO 2.- Déficit de recursos en la zona donde se vaya a ejecutar la subvención solicitada (0-15%).</p> <p>- Descripción de los recursos similares de atención a personas inmigrantes que se implementen en el ámbito geográfico donde se vaya a ejecutar la subvención solicitada.</p>

001881/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 7 de 7)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario). (continuación)
<p>CRITERIO 3.- Desarrollo en zonas con presencia significativa de personas inmigrantes (0-15%).</p> <p>- Indicación del número de personas inmigrantes que viven en la zona donde se vaya a ejecutar la subvención solicitada.</p>	
<p>CRITERIO 4.- Experiencia de la entidad solicitante en el ámbito de esta Línea (0-15%).</p> <p>- Número de subvenciones concedidas en convocatorias de la anterior Consejería para la Igualdad y Bienestar Social desde 2007 en esta modalidad.</p>	
<p>CRITERIO 5.- Número de personas beneficiarias previstas por la entidad solicitante (0-10%).</p> <p>- Estimación de personas beneficiarias directas.</p>	
<p>CRITERIO 6.- Cofinanciación de la entidad solicitante en el coste total del presupuesto solicitado (0-10%).</p> <p>- Especificación del coste total del presupuesto solicitado, detallando la aportación de la entidad, si la hubiera, así como, en su caso, otras aportaciones públicas o privadas.</p>	
<p>CRITERIO 7.- No haberse dictado resolución de reintegro de subvenciones a la entidad solicitante, en el ámbito de esta Línea para la que se solicita la subvención, en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria (0-5%).</p> <p>- En su caso, relación de las Resoluciones de reintegro recaídas sobre la entidad en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria.</p>	

001881/2D

00030615

ANEXO (Hoja 1 de 2) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES

CONVOCATORIA/EJERCICIO:

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido:
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.
Por lo que,
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.



00030615

ANVERSO (Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)	
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):		
	Documento	Breve descripción
1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>		

ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
 De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):

- a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
- b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.

Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001881/2/A02D

00030615

REVERSO (Hoja 1 de) ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las bases reguladoras.			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.			
En a de de			
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE			
Fdo.:			

ILMO./A PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

001890/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
	<p>(Se cumplimentará un modelo 5.1 por zona de intervención y tantos modelos 5.2 como actuaciones se enumeren dentro del cuadro comprendido en el modelo 5.1).</p>

001890/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.2.- DESCRIPCIÓN POR ACTUACIÓN (DEBERÁ CUMPLIMENTAR UN MODELO POR CADA UNA DE LAS ACTUACIONES CONSIGNADAS EN EL/LOS CUADRO/S 5.1)

Nº ORDEN DE LA ACTUACIÓN CONSIGNADO EN EL RESPECTIVO CUADRO 5.1:

Zona

2.-Área Específica

3.-Título (opcional)

4.-Análisis de la situación y justificación de las necesidades de la actuación

(Cuantificar beneficiarios por sexo, edad, procedencia, minoría étnica, etc. que justifiquen la necesidad de realizar esta actuación)

5.-Objetivo de la actuación

6.-Lugar de realización

001890/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.2.- DESCRIPCIÓN POR ACTUACIÓN (DEBERÁ CUMPLIMENTAR UN MODELO POR CADA UNA DE LAS ACTUACIONES CONSIGNADAS EN EL/LOS CUADRO/S 5.1)

7.- Breve descripción del desarrollo de la actuación

8.- Indicadores de evaluación, seguimiento y control de la actuación.

9.- Indicar si en esta actuación se desarrollan acuerdos de colaboración/coordinación con otras entidades públicas y/o privadas que trabajan en la zona.

10.- Calendario de la actuación

Fecha Inicio

Fecha Final

Horario de atención (Especificar días y horas)

001890/2D

00030615

(Hoja de) ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)					
11.- Recursos necesarios y presupuesto						
PERSONAL						
	Titulación/Categoría	Nº horas semanales	Nº de meses	Nº de Profesionales	Presupuesto Unitario	Presupuesto/Concepto
Personal Técnico					€	€
					€	€
					€	€
Personal Administrativo					€	€
					€	€
					€	€
Total						€
GASTOS DIVERSOS						
	Material fungible				€	
	Material de reprografía				€	
	Material de papelería				€	
	Material didáctico				€	
	Material técnico				€	
	Suministros				€	
	Publicidad/publicaciones				€	
Total						€
TOTAL PRESUPUESTO DE LA ACTUACIÓN.....						€
Importe solicitado a CIBS.....						€
Importe a aportar por la Entidad.....						€

001890/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Hoja de) ANEXO I

6	<p>CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).</p> <p>CRITERIO 1.- Existencia de un Plan Local de Inclusión (0-20%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha de aprobación: - Zona/s de actuación del Plan: <p>CRITERIO 2.- Adecuación del presupuesto, de los recursos humanos y materiales a las actividades contempladas en el programa (0-20%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación de recursos humanos y materiales necesarios para la realización de las actividades, justificando la cuantificación de los mismos. <p>CRITERIO 3.- Diagnóstico previo de la Zona con Necesidades de Transformación Social donde se vayan a desarrollar las actuaciones (0-15%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha de elaboración del diagnóstico: - Breve exposición de las problemáticas detectadas: <p>CRITERIO 4.- Número de personas beneficiarias del programa a las que van dirigidas las actuaciones de la entidad solicitante (0-10%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimación de personas a las que se dirige la acción: personas beneficiarias directas <p>CRITERIO 5.- Coordinación efectiva en la zona entre la Entidad Local solicitante y otras Entidades Públicas o Privadas del ámbito de la intervención social (0-10%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionar las entidades públicas o privadas que trabajan en la/s Zona/s y, en su caso, referir los acuerdos de colaboración suscritos con las mismas.
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

001890/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Hoja de) ANEXO I

CRITERIO 6.- Cofinanciación del programa por parte de la Entidad Local solicitante en un porcentaje superior al establecido en el apartado 7 a) del cuadro resumen de esta Línea (0-10%).

- Especificación del coste total del programa, detallando la aportación de la entidad.

CRITERIO 7.- Incorporación del enfoque integrado de género en todos los ámbitos del programa (0-10%).

- Definición de la inclusión del enfoque de género en todos los ámbitos del programa.

CRITERIO 8.- No haberse dictado resolución de reintegro de subvenciones a la entidad solicitante, en el ámbito de esta Línea para la que se solicita la subvención, en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria (0-5%).

- En su caso, relación de las Resoluciones de reintegro recaídas sobre la entidad en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria.

001890/2D

00030615

ANVERSO (Hoja 1 de 2) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES PARA INTERVENCIÓN EN ZONAS CON NECESIDADES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ **COLECTIVO** _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO:.....

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

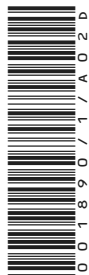
..... de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido:
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.
Por lo que,
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.



00030615

(Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
Documento	Breve descripción
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMO./A SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001890/1/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE SANIDAD,
 SERVICIOS SOCIALES E
 IGUALDAD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES A ENTIDADES LOCALES EN MATERIA DE PREVENCIÓN COMUNITARIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1		DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE					
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTAS:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							
DOMICILIO:							
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTAS:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					

2	AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.	
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
Apellidos y nombre: DNI:	
Correo electrónico: Nº móvil:	

3	DATOS BANCARIOS						
Código Entidad	<input type="text"/>	Código Sucursal	<input type="text"/>	Dígito Control	<input type="text"/>	Nº Cuenta	<input type="text"/>
Entidad:							
Domicilio:							
Localidad: Provincia: C. Postal:							

4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:	
<input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.	
<input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.	
<input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.	



001883/2D



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.			
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE			
Fdo.:			

ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

001883/2D

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
1.- DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA	
2.- FECHA DE INICIO Y FECHA DE FINALIZACIÓN	
3.- ÁMBITO GEOGRÁFICO	
Provincia: _____	
Ayuntamiento: _____	
Mancomunidad: _____	
Municipios que la integran: _____	
4.- ¿EL PROGRAMA SE ENMARCA DENTRO DE UN PLAN MUNICIPAL DE DROGAS?	
5.- NÚMERO DE HABITANTES DE LA POBLACIÓN O AGRUPACIÓN:	
6.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	
Descripción del problema de consumo de sustancias y otras adicciones en el municipio o mancomunidad:	
Características sociodemográficas y culturales de la población destinataria	
Descripción de los patrones de consumo de hombres y mujeres:	
Descripción de los factores responsables del problema:	
7.- JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA	

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 10)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
8.- DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PROPUESTO	
Objetivos generales y específicos:	
Características generales:	
Población destinataria:	
Relación con la situación descrita:	
Incidencia del programa en los factores de protección y factores de riesgo:	
Sustancias y/o adicciones que se trabajan:	
Modelo teórico que sustenta el programa	
Compromiso medioambiental:	

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	9.- DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS PERSONALES (personal contratado y personal voluntario) Y MATERIALES:
	10.- NÚMERO DE ACTIVIDADES POR ÁMBITO DE ACTUACIÓN QUE COMPONEN EL PROGRAMA: COMUNITARIO, EDUCATIVO, FAMILIAR, LABORAL
	11.- PRESUPUESTO DEL PROGRAMA CON DESGLOSE DE LOS GASTOS
	12.- COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES, COLECTIVOS O RECURSOS.DESCRIPCIÓN DE LOS CAUCES Y TIEMPOS PREVISTOS EN LA COORDINACIÓN CON EL CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
	13.- FUENTES DE FINANCIACIÓN
	14.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
	15.- DE CADA ACTIVIDAD Nombre:
	Descripción:

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 10)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	Población a la que se dirige (número y características):
	Relación de la actividad con los objetivos del programa:
	Recursos personales y materiales;
	Calendario:
	Instituciones que van a participar:
	Coordinación con otros recursos comunitarios:
	Acciones positivas puestas en marcha:
	Presupuesto:

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 7 de 10)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	Evaluación de la actividad

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 8 de 10)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
6.A	VARIABLES DE CONTEXTO
	CRITERIO 1.- Naturaleza, alcance y localización del problema de consumo de sustancias y otras adicciones (0-4%).
	CRITERIO 2.- Justificación de la intervención preventiva (0-4%).
	CRITERIO 3.- Adecuación de las actuaciones al Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones (0-4%).
	CRITERIO 4.- Incorporación del enfoque integrado de género en todos los ámbitos del programa (0-3%).
	CRITERIO 5.- Número de municipios implicados (0-2%).
	CRITERIO 6.- Número de habitantes de la población o agrupación (0-2%).
6.B	VARIABLES DE DESARROLLO
	CRITERIO 1.- Ser un programa innovador (0-4%).
	CRITERIO 2.- Valoración favorable de la memoria del último programa justificado (0-4%).
	CRITERIO 3.- No haberse dictado resolución de reintegro de subvenciones, en el ámbito de esta Línea para la que se presenta solicitud, en los cuatro años anteriores a la fecha de publicación de esta convocatoria (0-4%).
	CRITERIO 4.- Cofinanciación del programa por parte de la Entidad Local solicitante en un porcentaje superior al establecido en el apartado 7 a) de este cuadro resumen (0-3%).

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario). (continuación)
	CRITERIO 5.- Recursos personales utilizados (0-3%).
	CRITERIO 6.- Ser un programa de continuidad (0-3%).
6.C	VARIABLES DE CALIDAD
	CRITERIO 1.- Ponderación del impacto en la salud de la población (0-5%).
	CRITERIO 2.- El diseño y descripción de las actividades (0-5%).
	CRITERIO 3.- Acciones positivas que faciliten la asistencia de colectivos con especiales dificultades (0-5%).
	CRITERIO 4.- Calidad del sistema de evaluación de procesos y de resultados (0-5%).
	CRITERIO 5.- Adecuación de la relación entre la situación inicial y los objetivos (0-5%).
	CRITERIO 6.- Adecuación de la relación entre los objetivos y las actividades (0-5%).
	CRITERIO 7.- Adecuación entre la población destinataria y las actividades (0-5%).
	CRITERIO 8.- Establecimiento de estructuras de participación comunitaria en el programa (0-5%).
	CRITERIO 9.- Adecuación del presupuesto a las actividades del programa (0-4%).
	CRITERIO 10.- La adecuada definición y análisis de la situación de partida (0-4%).

001883/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 10 de 10)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario). (continuación)
	CRITERIO 11.- Número de personas beneficiarias a las que van dirigidas las actuaciones contempladas en el programa (0-4%).
	CRITERIO 12.- El establecimiento claro de objetivos finales e intermedios de la intervención (0-4%).
	CRITERIO 13.- Descripción de un marco teórico adecuado al programa (0-4%).
6.D	COMPETENCIA VINCULADAS AL DECRETO 167/2002
	CRITERIO 1.- COMPETENCIAS VINCULADAS AL DECRETO 167/2002, de 4 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de julio de 1997, de Prevención y Asistencia en materia de drogas (0-6 puntos). - Si el Ayuntamiento o alguno de los municipios agrupados tiene las competencias vinculadas al Decreto 167/2002, de 4 de junio, se sumará al total de puntos (A+B+C) un máximo de 6, resultantes de aplicar el 10% a la puntuación obtenida en el apartado C).
	PUNTUACIÓN TOTAL: A+B+C= 100+D

001883/2D

00030615

ANVERSO (Hoja 1 de 2) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES A ENTIDADES LOCALES EN MATERIA DE PREVENCIÓN COMUNITARIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ COLECTIVO _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

_____ de _____ de _____ de _____. (BOJA nº _____ de fecha _____.)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:		PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.
<input type="checkbox"/> NO CONSENTIMIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSENTIMIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA .
Por lo que,
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.



00030615

(Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
	Documento Breve descripción
1.	.....
2.	.....
3.	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001883/2/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE SANIDAD,
 SERVICIOS SOCIALES E
 IGUALDAD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD
SUBVENCIÓN/ES PARA EL MANTENIMIENTO DE ENTIDADES PRIVADAS DESTINADAS AL ÁMBITO DE LA ACCIÓN SOCIAL

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE										
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTAS:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:							DNI/NIE/NIF:			
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:										
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTAS:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

2 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS									
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.									
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.									
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.									
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.									
Apellidos y nombre:							DNI:		
Correo electrónico:							Nº móvil:		

3 DATOS BANCARIOS									
Código Entidad		Código Sucursal		Dígito Control		Nº Cuenta			
Entidad:									
Domicilio:									
Localidad:				Provincia:			C. Postal:		

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA									
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:									
<input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.									
<input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.									
<input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.									



00188672D



00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 5)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros. En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE Fdo.:			

- ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN
- ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DORGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

001886/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 5)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
<p>1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.</p> <p>1.1 Fecha de inscripción en el Registro de Entidades de Servicios Sociales de Andalucía.</p> <p>1.2 Número de personas socias y/o número de entidades (federaciones) en Andalucía y/o provincia.</p> <p>1.3 Número de personas voluntarias que colaboran con la entidad en Andalucía y/o provincia.</p> <p>2. DESCRIPCIÓN.</p> <p>2.1 Plazo de ejecución.</p> <p>2.2 Previsión de ingresos y gastos de la entidad para el período para el que solicita la subvención.</p> <p>2.3 Desglose de los gastos de personal, especificando el número de personas contratadas, puesto de trabajo desempeñado, número de horas semanales, número de meses, coste mensual y coste total.</p> <p>2.4 Desglose del resto de los gastos, de acuerdo con el apartado 5. c) 1º del cuadro resumen, especificando su cuantía y tipología, así como las prestaciones de servicios realizadas por terceros.</p>	

001886/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 5)

ANEXO I

6	<p>CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).</p> <p>CRITERIO 1.- Experiencia de la entidad solicitante en el ámbito de los sectores descritos en el apartado 1 del cuadro resumen de esta Línea (0-25%).</p> <p>- Número de subvenciones concedidas en convocatorias de la anterior Consejería para la Igualdad y Bienestar Social desde 2007, destinadas a los sectores descritos en el apartado 1 del cuadro resumen de esta Línea.</p> <hr/> <p>CRITERIO 2.- Número de personas asociadas y de entidades asociadas, en caso de federaciones, o número de personas beneficiarias previstas en los supuestos contemplados en las letras c) y e) del apartado 1 del cuadro resumen de esta Línea (0-20%).</p> <p>- Cuantificación de personas asociadas y de entidades asociadas o estimación de las personas beneficiarias previstas en las referidas letras c) y e).</p> <hr/> <p>CRITERIO 3.- Ámbito territorial de actuación o de representatividad de la entidad solicitante(0-20%).</p> <p>- Localización geográfica.</p> <hr/> <p>CRITERIO 4.- Número y cualificación del personal de la entidad o, en su caso, centro, primándose la existencia de vinculación de carácter laboral, la paridad entre hombres y mujeres y el porcentaje de personas con discapacidad contratadas (0-20%).</p> <p>- Relación de recursos humanos con cargo al presupuesto presentado, detallando la información contemplada en este criterio.</p> <hr/> <p>CRITERIO 5.- Cofinanciación de la entidad solicitante en el coste total del presupuesto solicitado mediante fondos propios o ajenos (0-10%).</p> <p>- Especificación del coste total presupuestado, detallando las aportaciones de la entidad, si las hubiera, así como, en su caso, otras aportaciones públicas o privadas.</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

001886/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 5)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario) (continuación).
<p>CRITERIO 6.- No haberse dictado resolución de reintegro de subvenciones a la entidad solicitante, en el ámbito de esta Línea para la que se solicita la subvención, en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria (0-5%).</p> <p>- En su caso, relación de las Resoluciones de reintegro recaídas sobre la entidad en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria.</p>	

001886/2D

00030615



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES PARA EL MANTENIMIENTO DE ENTIDADES PRIVADAS DESTINADAS AL ÁMBITO DE LA ACCIÓN SOCIAL
LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN COLECTIVO.....

CONVOCATORIA/EJERCICIO:.....

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

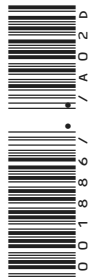
de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:								DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:									
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)	
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.	

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN	

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN	
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido:	
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.	
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.	
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.	
Por lo que,	
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:	
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.	
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.	



ANVERSO (Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
Documento	Breve descripción
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

- ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN
- ILMO/A SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
 De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):

- a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
- b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.

Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001886/2/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE SANIDAD,
 SERVICIOS SOCIALES E
 IGUALDAD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES A ENTIDADES PRIVADAS PARA PROGRAMAS DE ACCIÓN SOCIAL.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE	
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:	
DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: LETRA: NÚMERO: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:

2 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS	
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.	
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
Apellidos y nombre: DNI:	
Correo electrónico: Nº móvil:	

3 DATOS BANCARIOS	
Código Entidad	Código Sucursal Dígito Control N° Cuenta
Entidad:	
Domicilio:	
Localidad:	Provincia: C. Postal:

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:	
<input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.	
<input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.	
<input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.	



001879/2D



00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros. En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE Fdo.:			

- ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN
- ILMO./A PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de subvenciones, así como el tratamiento estadístico. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

001879/2D

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
	<p>1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE</p> <p>1.1 Fecha de inscripción en el Registro de Entidades de Servicios Sociales de Andalucía</p> <p>1.2 N° de personas socias y/o n° de entidades (federaciones) en Andalucía y/o provincia</p> <p>1.3 N° de personas voluntarias que colaboran con la entidad en Andalucía y/o provincia</p>
	<p>2. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p> <p>2.1. Denominación del programa</p>
	<p>2.2. Plazo de ejecución</p>
	<p>2.3. Localización geográfica del programa. Provincia/s o localidad/es en las que se va a ejecutar</p>
	<p>2.4. Problemática que el programa pretende abordar: Exponer los problemas detectados y las necesidades objeto de intervención, especificando el grupo o colectivo de población al que se dirige</p>
	<p>2.5. Señalar la correspondencia entre los objetivos contemplados en el programa y las prioridades establecidas en los Planes Locales de Inclusión, si los hubiera</p>
	<p>2.6. Participación de personas voluntarias en el diseño y/o ejecución del programa</p>

001879/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
	2.7. Descripción pormenorizada de las actividades a realizar
	2.8. Descripción de los resultados esperados y de los indicadores que midan la consecución de los mismos
	2.9. Indicadores de evaluación. Sistema de seguimiento y control de la ejecución de las actividades
	2.10. Para programas de continuidad, aportar indicadores de evaluación de años anteriores e información sobre si se han establecido mejoras
	2.11. Descripción de aquellos recursos públicos y privados que presten un servicio o realicen alguna actividad similar a la contemplada

001879/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 7)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
	<p>3. PRESUPUESTO DEL PROGRAMA</p> <p>3.1. Desglose de los gastos de personal del programa, especificando el número de personas contratadas, puesto de trabajo desempeñado, número de horas semanales, número de meses, coste mensual y coste total</p>
	<p>3.2. Desglose del resto de los gastos, de acuerdo con el apartado 5. c) 1º del cuadro resumen, especificando su cuantía y tipología, así como las prestaciones de servicios realizadas por terceros</p>

001879/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 7)

ANEXO I

6	<p>CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).</p> <p>CRITERIO 1.- Pertinencia y relevancia del programa en relación con las políticas públicas en el ámbito de la Consejería de Salud y Bienestar Social (0-30%).</p> <p>- Justificación del programa según la problemática descrita en el punto 2.3 del apartado 5 de este Anexo en relación con los objetivos previstos.</p> <hr/> <p>CRITERIO 2.- Adecuación del presupuesto, de los recursos humanos y materiales a las actividades contempladas en el programa (0-15%).</p> <p>- Relación de recursos humanos y materiales necesarios para la realización de las actividades previstas.</p> <hr/> <p>CRITERIO 3.- Adecuación de las actuaciones y resultados previstos a los objetivos que persigue el programa (0-10%).</p> <p>- Indicación del objetivo general y los objetivos específicos que se pretenden alcanzar con el programa.</p> <hr/> <p>CRITERIO 4.- Experiencia de la entidad solicitante y capacidad de gestión del programa (0-10%).</p> <p>- Número de programas, financiados en convocatorias de la anterior Consejería para la Igualdad y Bienestar Social desde 2007, destinados a los ámbitos de actuación señalados en el apartado 1 del cuadro resumen de esta Línea.</p> <hr/> <p>CRITERIO 5.- Número de personas beneficiarias del programa a las que van dirigidas las actuaciones de la entidad solicitante (0-10%).</p> <p>- Estimación de personas a las que se dirige la acción: personas beneficiarias directas.</p>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

001879/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 7 de 7)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
	<p>CRITERIO 6.- Cofinanciación del programa por parte de la entidad solicitante mediante fondos propios o ajenos (0-10%).</p> <p>- Especificación del coste total del programa, detallando las aportaciones de la entidad, si las hubiera, así como, en su caso, otras aportaciones públicas o privadas.</p>
	<p>CRITERIO 7.- Incorporación del enfoque integrado de género en todos los ámbitos del programa (0-10%).</p> <p>- Especificación del impacto de género previsto, con indicación y desglose por sexo.</p>
	<p>CRITERIO 8.- No haberse dictado resolución de reintegro de subvenciones a la entidad solicitante, respecto al ámbito de actuación para el que se solicita la subvención, en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria (0-5%).</p> <p>- En su caso, relación de las Resoluciones de reintegro recaídas sobre la entidad en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria.</p>

001879/2D

00030615

(Hoja 1 de 2.) ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES A ENTIDADES PRIVADAS PARA PROGRAMAS DE ACCIÓN SOCIAL. SECTOR:

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ COLECTIVO _____

CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:								DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:									
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)	
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.	

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN	

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN	
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:	
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.	
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.	
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.	
Por lo que,	
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:	
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.	
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.	



0 0 1 8 7 9 / 2 / A 0 2 0

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
	Documento Breve descripción
1.	.....
2.	.....
3.	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

- ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN
- ILMO./A SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud. b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001879/2/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES INSTITUCIONALES PARA PERSONAS MAYORES: MODALIDAD PROGRAMAS Y MANTENIMIENTO.

LÍNEA DE SUBVENCIÓN

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE										
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:							SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:							DNI/NIE/NIF:			
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:										
DOMICILIO:										
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:				PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

2	AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS								
<p>Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.</p> <p>Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p>Apellidos y nombre: DNI:</p> <p>Correo electrónico: Nº móvil:</p>									

3	DATOS BANCARIOS								
Código Entidad		Código Sucursal		Dígito Control		Nº Cuenta			
Entidad:									
Domicilio:									
Localidad:				Provincia:			C. Postal:		

4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA								
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.</p> <p><input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.</p>									



001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros. En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE Fdo.:			

- ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE
- ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS MAYORES, INFANCIA Y FAMILIAS

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones, así como el tratamiento estadístico. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 15)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
A) MANTENIMIENTO:	Memoria explicativa de la previsión anual de ingresos y gastos para el presente ejercicio.

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 15)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
B) PROGRAMAS :	
Memoria de las actividades que componen el programa, objetivos que se persiguen, problemas que se han detectado, población a la que va dirigido y plazo para realizarlo, siguiendo el siguiente esquema:	
1.- Identificación del programa	
1.1.- Título del programa	
1.2.- Entidad responsable del programa	
1.3.- Representante legal de la entidad	

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 15)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	<p>2.- Descripción y fines:</p> <p>2.1.- Análisis de la situación y justificación de las necesidades del programa; objetivo general y fines concretos/específicos de aplicación del programa.</p>

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 15)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	<p>2.2.- Personas destinatarias: directas, indirectas, criterios de selección de destinatarios. (datos desagregados por sexos):</p>

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 7 de 15)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	<p>2.3.- Descripción del programa, de las actividades y actuaciones a realizar. Esquema a desarrollar para cada actividad: tipo de actividad, lugar de realización y descripción del lugar, ámbito geográfico, descripción de las actividades (actuaciones a realizar, número y cronograma de cada una de ellas, indicando fecha de inicio y fecha fin, horario de atención, días de la semana de atención y número de horas de dedicación al mes):</p>

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
6.A	PROGRAMAS
<p>CRITERIO 1.- ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTUACIÓN, NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS A LAS QUE VAN DIRIGIDAS LAS ACTUACIONES DE LAS ENTIDADES SOLICITANTES Y PORCENTAJE QUE SOBRE EL TOTAL DE LAS MISMAS REPRESENTA EL NÚMERO DE HOMBRES Y MUJERES (0-40%).</p> <p>Ámbito territorial de actuación:</p> <p>Local:</p> <p>Varias localidades:</p> <p>Provincial:</p> <p>Supraprovincial:</p> <p>Numero de personas beneficiarias a las que van dirigidas las actuaciones de las entidades solicitantes: (Indicar el número de personas a las que va dirigido el programa)</p> <p>.....</p> <p>Porcentaje que sobre el total de las mismas representa el número de hombres y mujeres: (sobre el número indicado en el párrafo anterior, señalar el porcentaje de hombres y mujeres)</p> <p>.....</p> <p>CRITERIO 2.- EXPERIENCIA DE LOS SOLICITANTES EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS INCLUIDOS EN EL SECTOR DE PERSONAS MAYORES (0-10%). (Realizar memoria cuantitativa y cualitativa de programas realizados en años anteriores)</p>	

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 10 de 15)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).(continuación)
<p>CRITERIO 6.- ACTUACIÓN QUE PERSIGA LA EFECTIVA CONSECUCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO(0-10%). (Indicar aspectos en el que el programa persigue la igualdad de género)</p>	

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).(continuación)
<p>Numero total de trabajadores: _____</p> <p>Hombres: _____ (_____ %)</p> <p>Mujeres: _____ (_____ %)</p> <p>CRITERIO 3.- EXPERIENCIA DE LAS ENTIDADES SOLICITANTES EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS INCLUIDOS EN EL SECTOR DE PERSONAS MAYORES (0-10%). (Realizar memoria cuantitativa y cualitativa de programas realizados en años anteriores)</p>	

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 13 de 15)

ANEXO I

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).(continuación)
<p>CRITERIO 4.- NÚMERO DE SOCIOS Y/O ENTIDADES ASOCIADAS, ASÍ COMO EL PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES SOBRE LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS (0-10%).</p> <p>Numero total de socios: _____</p> <p>Hombres: _____ (_____ %)</p> <p>Mujeres: _____ (_____ %)</p> <p>O en su caso:</p> <p>Número de entidades asociadas: _____</p> <p>CRITERIO 5.- CONTRIBUCIÓN ECONÓMICA DE LOS SOCIOS Y SOCIAS EN EL SOSTENIMIENTO DE LA ENTIDAD (0-10%): (Sobre el presupuesto total de ingresos de la entidad, indicar cuál es la contribución de los socios y socias en el mismo)</p>	

001882/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 15 de 15)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).(continuación)
CRITERIO 6.- NO HABERSE DICTADO RESOLUCIÓN DE REINTEGRO DE SUBVENCIONES , EN EL ÁMBITO DEL SECTOR AL QUE VA DIRIGIDA LA ACTUACIÓN SUBVENCIONADA, EN LOS CUATRO AÑOS ANTERIORES A LA PUBLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA PARA LA QUE SE HA PRESENTADO LA SOLICITUD (0-10%). (Indicar convocatoria/s a la que corresponda la subvención sobre la que se ha dictado resolución de reintegro)	

001882/2D

00030615

JUNTA DE ANDALUCÍA

ANEXO (Hoja 1 de 2) ANEXO II
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES INSTITUCIONALES PARA PERSONAS MAYORES: PROGRAMAS Y MANTENIMIENTO

LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN

CONVOCATORIA/EJERCICIO:

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

..... de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:						SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:								DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:									
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PUERTA:
LOCALIDAD:			PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO									
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)									
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.									
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)									
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.									

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN									

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN									
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido:									
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.									
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.									
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.									
Por lo que,									
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:									
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.									
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.									



ANVERSO (Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
Documento	Breve descripción
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

- ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN
- ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL PERSONAS MAYORES

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de su solicitud.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA
De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.

001882/2/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE
SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD

UNIÓN EUROPEA



Fondo Social
Europeo

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCION/ES INSTITUCIONALES . PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PROGRAMAS Y MANTENIMIENTO.



LÍNEA DE SUBVENCIÓN

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE	
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:	
DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: LETRA: NÚMERO: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:

2 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS	
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
<input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.	
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
Apellidos y nombre: DNI:	
Correo electrónico: Nº móvil:	

3 DATOS BANCARIOS	
Código Entidad	Código Sucursal Dígito Control N° Cuenta
Entidad:	
Domicilio:	
Localidad:	Provincia: C. Postal:

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:	
<input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.	
<input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.	
<input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.	



001893/2D



00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 9)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros. En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE Fdo.:			

ILMO/A PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE

ILMO./A SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones, así como el tratamiento estadístico. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

001893/2D

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 9)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN	
A) MANTENIMIENTO:		
a) Sector de discapacidad en el que se inscribe la entidad: _____		
b) Ámbito territorial:		
<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Autonómico <input type="checkbox"/> Estatal		
c) ¿Se encuentra federada o confederada con otras entidades?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿A qué entidad? _____		
d) ¿Tiene plan de formación?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____		
e) Memoria explicativa de la previsión anual de ingresos y gastos para el presente ejercicio:		
INGRESOS	€	GASTOS
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Total	€	Total
_____	_____	_____
B) PROGRAMAS:		
Memoria de las actividades que componen el programa, objetivos que persiguen, problemas que se han detectado, población a la que va dirigido y plazo para realizarlo, siguiendo el siguiente esquema:		
1.- Identificación del programa		
1.1.- Título del programa: _____		
1.2.- Entidad responsable del programa: _____		
2.- Descripción y fines		
2.1.- Análisis de la situación y justificación de las necesidades:		

2.2.- Objetivo general del programa:		

001893/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)
	2.3.- Fines concretos / específicos de aplicación del programa
	2.4.- Descripción del programa: Actuaciones a realizar:
	2.5.- Personas destinatarias a) Directas (desagregado por sexos). Perfil.
	b) Indirectas (desagregado por sexos). Perfil.
	c) Criterio de selección de población destinataria
	2.6.- Descripción de actividades. Esquema a desarrollar cada actividad: a) Tipo de actividad
	b) Lugar de realización. Descripción del lugar.
	c) Ámbito geográfico.

001893/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 9)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN (continuación)	
4.2.- Contribución de otras entidades.		
Entidad	Aportación	€
.....	€
.....	€
.....	€
4.1.- Contribución de la entidad solicitante:		
.....	€

001893/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 9 de 9)

ANEXO I

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
6.B	MANTENIMIENTO
<p>CRITERIO 1.- GRADO DE ADECUACIÓN DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS POR LA ENTIDAD SOLICITANTE, EN LA ATENCIÓN A HOMBRES Y MUJERES CON DISCAPACIDAD, DENTRO DE LA PLANIFICACIÓN VIGENTE DE LA CONSEJERÍA:</p> <p>Objetivos generales de la entidad:</p> <p>Actuaciones que se van a llevar a cabo por la entidad:</p> <p>CRITERIO 2.- PARTICIPACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE, BIEN CON FONDOS PROPIOS O AJENOS, EN SU MANTENIMIENTO:</p> <p>Fondos propios _____ %</p> <p>Fondos ajenos _____ %</p> <p>CRITERIO 3.- NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS A LAS QUE VAN DIRIGIDAS LAS ACTUACIONES DE LA ENTIDAD SOLICITANTE:</p> <p>_____ Hombres _____ Mujeres</p> <p>CRITERIO 4.- NÚMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O FAMILIAS REPRESENTADAS POR LA ENTIDAD:</p> <p>Número de personas con discapacidad y/o familias representadas por la entidad: _____</p> <p>CRITERIO 5.- ÁMBITO TERRITORIAL DE ACTUACIÓN:</p> <p>Ámbito territorial de actuación: _____</p> <p>CRITERIO 6.- COMPOSICIÓN PARITARIA DE LA JUNTA DIRECTIVA:</p> <p>La junta directiva se compone de _____ hombres y _____ mujeres.</p> <p>CRITERIO 7.- NÚMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CONTRATADOS POR LA ENTIDAD EN RELACIÓN CON EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN PLANTILLA:</p> <p>Número de trabajadores en plantilla: _____</p> <p>Número de trabajadores contratados con discapacidad: _____</p> <p>CRITERIO 8.- NO HABERSE DICTADO RESOLUCIÓN DE REINTEGRO DE SUBVENCIONES, EN EL ÁMBITO DE ESTA LÍNEA, EN LOS CUATRO AÑOS ANTERIORES A LA PUBLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA:</p> <p>La entidad ha sido objeto de resolución de reintegro de subvenciones, en el ámbito de esta Línea, en los cuatro años anteriores a la publicación de la convocatoria:</p> <p>_____ Sí _____ No</p> <p>CRITERIO 9.- IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD</p> <p>La entidad dispone de Plan de calidad: _____ Sí _____ No</p> <p>Indique cuál:</p> <p>El plan se encuentra en fase de implantación: _____ Sí _____ No</p>	

001893/2D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

ANVERSO (Hoja 1 de 1) ANEXO II

UNIÓN EUROPEA



Fondo Social Europeo

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES INSTITUCIONALES. PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PROGRAMAS Y MANTENIMIENTO.



CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____

_____ de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

_____ de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	PAÍS:	C. POSTAL:		
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:					DNI/NIE/NIF:
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:					
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	PAÍS:	C. POSTAL:		
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO

CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)

Presto mi **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.

NO CONSENTIMIENTO y apporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)

Presto mi **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

NO CONSENTIMIENTO y apporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN

Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:

CONCEDIDA por el importe pretendido.

CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.

DESESTIMADA.

Por lo que,

4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:

ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.

RENUNCIO a la solicitud.



00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)								
<p>4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Documento</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Breve descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Documento	Breve descripción	1.	2.	3.
Documento	Breve descripción								
1.								
2.								
3.								

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>	

- ILMO/A. PERSONA TITULAR DE LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN
- ILMO./A SR./SRA. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.</p>

<p>NOTA</p> <p>De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud. b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida. <p>Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.</p>

001893/2/A02D

00030615

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

UNIÓN EUROPEA

FEDER



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIONES INSTITUCIONALES PARA REFORMA Y EQUIPAMIENTOS DE CENTROS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD



LÍNEA DE SUBVENCIÓN

CONVOCATORIA:

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE	
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M DNI/NIE/NIF:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:	
DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA: KM. VÍA: LETRA: NÚMERO: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:

2 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS	
<p>Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.</p> <p>Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p>	
<p>Apellidos y nombre: DNI:</p> <p>Correo electrónico: Nº móvil:</p>	

3 DATOS BANCARIOS	
Código Entidad	Código Sucursal Dígito Control N° Cuenta
Entidad:	
Domicilio:	
Localidad:	Provincia: C. Postal:

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumpro los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.</p> <p><input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.</p>	



001984/2D



00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 4)

ANEXO I

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)			
Solicitadas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha/Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las presentes bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar)			
Me COMPROMETO a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y SOLICITO la concesión de la subvención por un importe de euros.			
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE			
Fdo.:			

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones, así como el tratamiento estadístico. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. de Hytasa, 14, 41071 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

001984/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 4)

ANEXO I

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN
Actividad para la que se solicita la subvención: Reforma Equipamiento	
A) REFORMA	
a) Centro para el que se solicita la reforma:	
b) Ubicación:	
DIRECCIÓN	
MUNICIPIO PROVINCIA	
c) Presupuesto: €	
d) Descripción de la reforma a realizar:	
B) Equipamiento	
a) Centro para el que se solicita el equipamiento:	
b) Ubicación:	
DIRECCIÓN	
MUNICIPIO PROVINCIA	
c) Presupuesto: €	
d) Descripción de los bienes a adquirir:	

001984/2D

00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
6.A	REFORMA
<p>CRITERIO 1.- REFORMAS DE CENTROS YA CONCERTADOS POR LA ADMINISTRACIÓN PARA SU ADECUACIÓN A LA NORMATIVA VIGENTE.</p> <p>El centro se encuentra concertado con la administración: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Normativa que obliga a efectuar la reforma:</p> <hr/> <p>CRITERIO 2.- LA PARTICIPACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE EN EL PRESUPUESTO ANUAL DE LA OBRA.</p> <p>Presupuesto de la reforma: _____ €</p> <p>Participación de la entidad: _____ €</p> <p>CRITERIO 3.- NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS ATENDIDAS:</p> <p>Número de hombres: _____ Número de mujeres: _____</p> <p>CRITERIO 4.- NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CONTRATADOS POR LA ENTIDAD EN RELACIÓN CON EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN PLANTILLA.</p> <p>Número de trabajadores en la plantilla: _____ Número de trabajadores contratados con discapacidad: _____</p>	
6.B	EQUIPAMIENTO
<p>CRITERIO 1.- CENTROS CONCERTADOS POR ESTA CONSEJERÍA QUE PRECISEN RENOVAR O COMPLETAR EQUIPAMIENTO.</p> <p>El centro se encuentra concertado con la administración: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>CRITERIO 2.- LA PARTICIPACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE EN EL COSTE GLOBAL DEL EQUIPAMIENTO.</p> <p>Coste del equipamiento a adquirir: _____ €</p> <p>Participación de la entidad: _____ €</p> <p>CRITERIO 3.- NECESIDADES QUE MOTIVAN LA ADQUISICIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS USUARIAS.</p> <hr/> <p>CRITERIO 4.- NÚMERO DE PERSONAS USUARIAS ATENDIDAS:</p> <p>Número de hombres: _____ Número de mujeres: _____</p> <p>CRITERIO 5.- NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CONTRATADOS POR LA ENTIDAD EN RELACIÓN CON EL NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN PLANTILLA.</p> <p>Número de trabajadores en la plantilla: _____ Número de trabajadores contratados con discapacidad: _____</p>	

001984/2D

00030615

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

UNIÓN EUROPEA
Fondo Europeo
de Desarrollo Regional



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIONES INSTITUCIONALES PARA REFORMA Y EQUIPAMIENTO DE CENTROS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD



LÍNEA DE SUBVENCIÓN

CONVOCATORIA/EJERCICIO:

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

de de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE	
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:	
TIPO VÍA: NOMBRE VÍA:	KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:	
DNI/NIE/NIF:	
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN	
DOMICILIO:	
TIPO VÍA: NOMBRE VÍA:	KM. VÍA: NÚMERO: LETRA: ESCALERA: PISO: PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA: PAÍS: C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX: CORREO ELECTRÓNICO:

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO	
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)	
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.	
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)	
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.	
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.	

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN	

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN	
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:	
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.	
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.	
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.	



001984/2/A02D



00030615

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)				
4.5.2 Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:				
	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/ presentación	Órgano
1	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):				
	Documento	Breve descripción		
1	.....	.....
2	.....	.....
3	.....	.....

5 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En	a de de
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de las subvenciones solicitadas así como el tratamiento estadístico.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14. 41006 Sevilla.

NOTA:
 De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
 a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desestimino de solicitud.
 b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
 Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pudiera incurrir.

001984/Z/A02D

00030615