****

Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias

**ANEXO IV**

# MODELO DE PROGRAMA DE INTERÉS GENERAL PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN

# *(Deberá presentarse un Anexo IV por cada uno de los programas de interés general para los que se solicita subvención).*

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD**  |
| Nombre de la Entidad |  |
| Siglas entidad |  | NIF |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERÉS GENERAL PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN Y DE SU RESPONSABLE TÉCNICO.**  |
| Denominación del programa |  |
| Fecha de inicio del programa*(debe ser en el año 2023)* |  | Fecha de finalización del programa *(como fecha máxima el 31/12/2023)* |  |
| Coste total del programa | euros | Cuantía de la subvención que solicita a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales | euros |
| Nombre y apellidos del responsable técnico del programa |  |
| Teléfono de contacto del responsable técnico del programa |  |
| Dirección de correo electrónico del responsable técnico del programa |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **TIPO DE PROGRAMA DE INTERÉS GENERAL PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN CONFORME AL ANEXO I DE LA CONVOCATORIA**  |
| Denominación de la prioridad del tipo de programa en la que se ubica el programa según anexo I |  |
| Código prioridad conforme anexo I |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **FINANCIACIÓN DEL PROGRAMA EN UNA DE LAS DOS ÚLTIMAS CONVOCATORIAS APROBADAS CON CARGO A LAS SUBVENCIONES DE LA ASIGNACIÓN TRIBUTARIA DEL 0,7% DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS PARA SU EJECUCIÓN EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA** |
| Señalar con una X lo que proceda |
| ¿El programa ha sido financiado en una de las dos últimas convocatorias aprobadas para la concesión de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del 0,7% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas para su ejecución en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Extremadura? | Si |  | No |  |
| En caso afirmativo responda los siguientes datos: |
| Indicar convocatoria en la que ha sido subvencionado | Administración Pública que ha realizado la convocatoria | Fecha de resolución de concesión | Cuantía subvencionada |
|  |  |  |  |
| Observaciones:  |
| **5** | **DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL PROGRAMA**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **COLECTIVO/S SOCIAL/ES DESTINATARIO/S DEL PROGRAMA** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **DIÁGNOSTICO SOCIAL** |
| Descripción de las características de la población destinataria, la situación de necesidad social a la que se pretende dar respuesta y el análisis de la cobertura pública o privada respecto a las necesidades sociales detectadas. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **OBJETIVOS DEL PROGRAMA** |
| * Objetivos Generales
 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| ... |  |
| * Objetivos Específicos
 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| ... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **METODOLOGÍA DEL PROGRAMA** |
| Describir la metodología que se utilizará para el desarrollo de las actividades del programa y la consecución de los objetivos.  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **10** | **ACTIVIDADES DEL PROGRAMA**  |
| Denominación de la actividad | Descripción de la actividad | Número de personas beneficiarias previstas  | Perfil de las personas beneficiarias destinatarias  | Ámbito*(relación de municipios en los que se desarrollará)* | Fecha de desarrollo prevista |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| **...** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **11** | **IMPACTO DEL PROGRAMA** |
| Personas destinarias finales directas del programa claramente identificable en la evaluación del mismo.  |
| ¿Qué criterios seguirá la entidad para seleccionar a las personas beneficiarias del programa? |  |
| ¿Las personas beneficiarias del programa realizarán alguna aportación económica al programa? | Si |  | No |  |
| En el supuesto de que se haya respondido de manera afirmativa en la pregunta anterior, deberá especificarse los criterios que seguirá la entidad para determinar la aportación económica de las personas beneficiarias del programa |  |
| Desglose de las personas beneficiarias por sexo y tramo de edad |
| Intervalos de edad | Hombres | Mujeres | TOTAL |
| De 0 a 12 años |  |  |  |
| De 13 a 17 años |  |  |  |
| De 18 a 29 años |  |  |  |
| De 30 a 64 años |  |  |  |
| De 65 años y más |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **12** | **ÁMBITO DE ACTUACIÓN, COLABORACIÓN DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y COMPLEMENTARIEDAD CON LOS SERVICIOS, PROGRAMAS O PROYECTOS DE LA JUNTA DE EXTREMADURA** |
| Señale el ámbito de actuación del programa |
| Municipal |  | Comarcal |  | Provincial |  | Autonómico |  |
| Relación de municipios de la Comunidad Autónoma de Extremadura en los que se desarrollará el programa |
|  | Denominación del municipio |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| ... |  |
|  ¿El programa cuenta en su ejecución con la colaboración de alguna administración pública? | Si |  | No |  |
|  | Denominación de la administración pública | Forma de colaboración |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| … |  |  |
| A juicio de la entidad, ¿el programa de interés general para el que se solicita subvención complementa los servicios, programas o proyectos de atención al colectivo social destinatario, gestionados o financiados por la Junta de Extremadura en el territorio en el que pretende desarrollarse?  | Sí |  | No |  |
| Justificar la respuesta dada en la pregunta anterior |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **13** | RECURSOS HUMANOS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA  |
| PERSONAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA QUE APORTA LA ENTIDAD Y QUE **NO** SE IMPUTA A LA SUBVENCIÓN CONCEDIDA |
| Nombre y apellidos | NIF | Grupo profesional/especialidad | Denominación del puesto de trabajo |  % de jornada semanal | Tipo de personal (1) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| PERSONAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA QUE **SI** SE IMPUTA A LA SUBVENCIÓN CONCEDIDA (personal aportado por la entidad o a contratar) |
| Grupo profesional/especialidad | Denominación del puesto de trabajo |  % de jornada semanal y periodo de contratación dedicado al programa (1) | Tipo de personal (2) | Cuantía total que, en su caso, se imputará a la subvención (incluido todos los gastos) | Profesional aportado por la entidad o contratado(3) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |

*(1) Señalar el % de jornada semanal y el periodo de contratación que dedicará al desarrollo del programa que vaya a imputar a la subvención.*

*(2) Señalar si se trata de personal de* ***administración y/o gestión*** *o personal de* ***atención directa*** *encargado de la ejecución de actividades/ atención a las personas beneficiarias del programa.*

*(3) Señalar si se trata de* ***personal aportado*** *por la entidad y su coste laboral, en todo o en parte, se imputa al desarrollo del programa, o* ***personal contratado*** *específicamente para la ejecución del programa subvencionado- nuevas contrataciones.*

|  |  |
| --- | --- |
| **14** | **PERSONAS VOLUNTARIAS QUE PARTICIPAN EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA** |
| Número de personas voluntarias que participarán en el desarrollo del programa | Funciones en el desarrollo del programa  | Período de dedicación al programa |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **15** | **SUBCONTRATACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA** |
| ¿La entidad contempla la subcontratación de alguna o varias de las actividades del programa? | Sí |  | No |  |
| En caso afirmativo, especificar la actividad o actividades que se subcontratarán |
|  |
| **16** | **MECANISMOS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA** |
| Objetivos establecidos(generales y específicos) | Indicador/es que se utilizarán para evaluar | Resultados esperados |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| … |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **17** | **PRESUPUESTO DEL PROGRAMA** |
| Concepto | Cuantía solicitada a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales | Cuantía otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos para la financiación del programa  | Cuantía financiación de la propia entidad (fondos propios) | Presupuesto coste total |
| Gastos de personal |  |  |  |  |
| Gastos de dietas y desplazamientos (1) |  |  |  |  |
| Gastos del personal voluntario |  |  |  |  |
| Gastos de actividades |  |  |  |  |
| Gastos indirectos (gastos de gestión y administración) (2) |  |  |  |  |
| TOTALES |  |  |  |  |

*(1) La cuantía máxima de estos gastos que podrá imputarse a la subvención será del* ***3 % de la subvención concedida****, conforme dispone el art.14.2 b) del Decreto 188/2018, de 13 de noviembre (DOE núm. 224, de 19 de noviembre de 2018).*

*(2) La cuantía máxima de estos gastos que podrá imputarse a la subvención será del* ***9 % de la subvención concedida****, conforme dispone el art.14.2 e) del Decreto 188/2018, de 13 de noviembre (DOE núm. 224, de 19 de noviembre de 2018).*

|  |  |
| --- | --- |
| **18** | OBSERVACIONES U OTROS DATOS DE INTERÉS RESPECTO AL PROGRAMA PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN |
|  |

Como representante legal de la entidad y en nombre de ella, DECLARO la veracidad de los datos consignados en este PROGRAMA y en el resto de documentación que se acompaña, responsabilizándome de la misma, con objeto de unir al expediente de solicitud de subvención al amparo de la Resolución de 14 de octubre de 2022, de la Secretaria General de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se convocan subvenciones para la financiación de programas de interés general en la Comunidad Autónoma de Extremadura con cargo a la asignación tributaria del 0,7% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma electrónica del representante legal: D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A LA SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**