

**ANEXO I****JUNTA DE EXTREMADURA****Consejería de Sanidad y Políticas Sociales**

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

REGISTRO DE ENTRADA**SOLICITUD****PROYECTOS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE O ENFERMEDAD MENTAL GRAVE****1.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PROYECTO PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN.:**

| Modalidad de programa | COSTE DEL PROGRAMA | IMPORTE SOLICITADO |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|
| Pisos Tutelados | | |
| Apoyo Residencial | | |
| Integración Laboral | | |
| Integración Social | | |
| Sensibilización a la Población | | |

De acuerdo con el Decreto regulador, la entidad podrá concurrir a un máximo de **DOS proyectos** de distintas modalidades. En caso de optar a más de un proyecto, cada uno de ellos deberá desarrollarse de manera independiente

2.- DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE:

| | | | |
|---------------------|------------|-------|-------|
| Denominación: | | | |
| CIF: | | | |
| Domicilio: | | Nº: | Piso: |
| Localidad: | Provincia: | C.P.: | |
| Teléfonos: | Fax: | | |
| Correo electrónico: | | | |

3.- DATOS DEL REPRESENTANTE:

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Apellidos y nombre: | |
| DNI/NIF: | Relación con la Entidad: |

4.- DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN:

| | | |
|--|------------|-------|
| Apellidos y nombre: | | |
| Domicilio notificación: | | |
| Localidad: | Provincia: | C.P.: |
| Otros medios o lugares para la notificación: | | |

5.- SUBVENCIÓNES SOLICITADAS O CONCEDIDAS PARA EL MISMO CONCEPTO:

| ORGANISMO | IMPORTE SOLICITADO | IMPORTE CONCEDIDO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |



6.- DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD. (Marque con una X).

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Documento acreditativo de la representación que ostente la persona solicitante. |
| <input type="checkbox"/> | Proyecto en el que se detallen los elementos materiales, personales y técnicos con los que pretenden sustentar su desarrollo (Anexo II Ficha de proyecto) |
| <input type="checkbox"/> | Anexo III- Plantilla de Personal y Presupuesto de Ingresos y Gastos. |
| <input type="checkbox"/> | Anexo IV.- Memoria justificativa. |
| <input type="checkbox"/> | Resto de documentación para la que deniego autorización (punto 7) |
| <input type="checkbox"/> | Documentación aportada voluntariamente en apoyo de la solicitud: |

Si la documentación a adjuntar a esta solicitud ya obra en poder de esta Administración y no han transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que corresponda no será necesaria su aportación bastará con indicar la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados y será comprobado de oficio.

| Fecha de presentación | Órgano o dependencia | Documentación |
|-----------------------|----------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

7.- AUTORIZACIÓN

- Deniego la autorización** al órgano gestor para obtener de oficio la documentación justificativa de que la entidad se encuentra al corriente de sus obligaciones frente a las siguientes administraciones, **por lo que apporto las certificaciones** emitidas por:
 - a la Hacienda Estatal
 - la Seguridad Social
 - la Hacienda de la Comunidad Autónoma de Extremadura,
- Deniego la autorización** al órgano gestor para obtener de oficio copia de los Estatutos de la entidad. En este caso, la entidad **deberá aportar** copia de los estatutos vigentes.

8.- DECLARACIÓN RESPONSABLE:

- Declaro que la entidad a la que represento no se halla incurso en ninguna de las circunstancias recogidas en el artículo 12, apartados 2 y 3 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura que impiden obtener la condición de beneficiario de las subvenciones.

Y a efectos de la presentación de solicitud y suscripción de declaración responsable, firmo en _____, a _____ de _____ de _____.

Firma y sello

D/Dª _____

| |
|---|
| <p>PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento de lo dispuesto en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento o cualquier otro que se requiera en la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante la Dirección Gerencia del SEPAD, Avda. de las Américas, 4, 06800 Mérida</p> |
|---|

EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Avda. la Américas nº 4. MERIDA 06800