

**JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia

**ANEXO III
PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN SOCIAL PARA EL QUE SE SOLICITA LA
SUBVENCIÓN**

NOMBRE DE LA ENTIDAD		NIF	
DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA			
GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE SE DIRIGE (Población inmigrante y/o población gitana)			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE TÉCNICO DEL PROGRAMA			
TELÉFONO DE CONTACTO DEL RESPONSABLE TÉCNICO		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

A) DATOS RELATIVOS A LA ENTIDAD QUE SOLICITA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.**a- Antigüedad de la entidad.**

- Fecha de Inscripción de la entidad en el registro de fundaciones o de asociaciones:
- Indicar registro nacional o autonómico:

b- Experiencia de la entidad en la gestión y ejecución de programas, proyectos y/o actuaciones de atención a la población inmigrante y/o población gitana en la Comunidad Autónoma de Extremadura en colaboración con las Administraciones Públicas y/u organismos de ellas dependientes

- La entidad acredita experiencia en la gestión y ejecución de programas, proyectos y/o actuaciones de atención a la población inmigrante y/o población gitana en la Comunidad Autónoma de Extremadura en colaboración con las Administraciones Públicas y/u organismos de ellas dependientes en los dos años anteriores a la fecha de publicación de la presente convocatoria.
- La entidad acredita experiencia en la gestión y ejecución de programas, proyectos y/o actuaciones de atención a la población inmigrante y/o población gitana en la Comunidad Autónoma de Extremadura en colaboración con las Administraciones Públicas y/u organismos de ellas dependientes en el año anterior a la fecha de publicación de la presente convocatoria.
- La entidad no acredita experiencia en la gestión y ejecución de programas, proyectos y/o actuaciones de atención a la población inmigrante y/o población gitana en la Comunidad Autónoma de Extremadura en colaboración con las Administraciones Públicas y/u organismos de ellas dependientes.

(* Se tomará como referencia los dos años anteriores al año de la convocatoria a la que se concurra).

c- Participación en órganos de participación y/o asesoramiento de las Administraciones Públicas.

- La entidad forma parte de órganos de participación y/o asesoramiento de las Administraciones Públicas.

Denominación del órgano de participación y/o asesoramiento	Administración Pública de la que depende

- La entidad no forma parte de órganos de participación y/o asesoramiento de las Administraciones Públicas.

d.- Número de municipios de la Comunidad Autónoma de Extremadura en los que trabaja la entidad.

- Número de municipios de la Comunidad Autónoma de Extremadura en los que trabaja la entidad a fecha de publicación de la presente convocatoria: _____

Nombre del municipio o municipios donde trabaja la entidad: _____

**e.- Innovación en los procesos de comunicación y difusión.**

- La entidad cuenta con página web como instrumento de comunicación y difusión actualizada a los seis meses anteriores a la fecha de publicación de la presente convocatoria. Indicar enlace web: _____ Fecha última actualización: _____
- La entidad no cuenta con página web como instrumento de comunicación y difusión actualizada a los seis meses anteriores a la fecha de publicación de la presente convocatoria.

f- Participación de la mujer en los órganos de gobierno y representación de la entidad.

- Existe participación de la mujer en los órganos de gobierno y representación de la entidad.

Denominación del órgano de gobierno y representación	Nombre y Apellidos de la mujer que lo integra	Cargo que ocupa (presidenta, vocal, tesorera, etc.)

- No existe participación de la mujer en los órganos de gobierno y representación de la entidad.

g.- Sistemas de control, calidad y/o control externo de auditorías.

- La entidad cuenta con certificados de control y calidad en base a la Norma ONG con calidad, ISO 9001:2015, EFQM u otros sistemas de calidad y/o control externo de auditorías que garantizan el control de los procesos y programas en los que se indique el alcance territorial de los mismos cuando se trate de entidades de ámbito estatal con delegación en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- La entidad NO cuenta con certificados de control y calidad en base a la Norma ONG con calidad, ISO 9001:2015, EFQM u otros sistemas de calidad y/o control externo de auditorías que garantizan el control de los procesos y programas en los que se indique el alcance territorial de los mismos cuando se trate de entidades de ámbito estatal con delegación en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

B) DATOS RELATIVOS AL PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN SOCIAL.**1. NECESIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA**

(Deberá recogerse un diagnóstico social de la situación social sobre la que se pretende intervenir, tanto del grupo de población como de la zona o municipio/s en los que se pretende desarrollar).

2. OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR CON EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.**a) Generales**

1.

2.

3.

4.

b) Específicos

1.

2.

3.

4.



3. AREAS Y ACTUACIONES A REALIZAR RECOGIDAS EN EL PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN SOCIAL.						
AREA DE ACTUACIÓN (Art. 2 del Decreto 182/2014, de 26 de agosto)	ACTUACIÓN (Art. 2 del Decreto 182/2014, de 26 de agosto)	CONCRETAR Y DESCRIBIR LO MÁS DETALLADO POSIBLE EN QUE CONSISTE LA ACTUACIÓN Y COMO SE LLEVARÁ A CABO POR LA ENTIDAD	MUNICIPIO/S EN EL QUE SE DESARROLLA LA ACTUACIÓN	BENEFICIARIOS DIRECTOS DE LA ACTUACIÓN		PRESUPUESTO TOTAL DE LA ACTUACIÓN
				HOMBRES	MUJERES	
	1					
	2					
	3					
	4					

**4. INDICADORES CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS QUE SE UTILIZARÁN PARA VALORAR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y SUS ACTUACIONES CONFORME A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.**

--

5. RECURSOS HUMANOS QUE LA ENTIDAD APORTA A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA.
(Personal que no se imputará a la subvención).

Apellidos y Nombre	Titulación	Denominación del puesto de trabajo	Tareas concretas que realizará en el programa

6. PUESTOS DE TRABAJO QUE SE GENERARÁN CON EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.
(Personal que se contratará para la ejecución del programa y se imputará a la subvención)

Denominación del puesto de trabajo	Titulación exigida	Fecha inicio contratación	Meses de contratación	Jornada semanal de contratación (especificar tipo: completa/media y el número de horas semanales)	Coste	
					Retribuciones brutas periodo de contratación	Cuota patronal seguridad social

7. DURACIÓN DEL PROGRAMA.

Fecha de Inicio		Fecha de Finalización		Duración en meses	
-----------------	--	-----------------------	--	-------------------	--

8. EXISTENCIA DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN CON ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y/U ORGANISMOS DE ELLAS DEPENDIENTES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

- Existen mecanismos de coordinación con Administraciones Públicas y/u organismos de ellas dependientes en el desarrollo del programa. En este caso, adjuntar informes, documentos y/o protocolos de coordinación que acrediten dicha coordinación y concretar en que consiste la coordinación: _____
- NO existen mecanismos de coordinación con Administraciones Públicas y/u organismos de ellas dependientes en el desarrollo del programa.

9. CONTINUIDAD DEL PROGRAMA.

(Indicar si el programa ha sido subvencionado por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales al amparo de estas bases reguladoras en el ejercicio anterior a la presente convocatoria)

- El Programa ha sido subvencionado en el ejercicio 2018 .
- El Programa no ha sido subvencionado en el ejercicio 2018.

10. SUBCONTRATACIÓN DEL PROGRAMA (indicar si alguna de las actuaciones del programa van a subcontratarse y en su caso justificar la necesidad de dicha subcontratación y el procedimiento a seguir)

--

**11. PRESUPUESTO DE GASTOS DEL PROGRAMA DE NORMALIZACIÓN SOCIAL.**

Los gastos que podrán imputarse a la subvención quedan recogidos en el artículo 12 del Decreto 182/2014, de 26 de agosto, por el que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para el desarrollo de Programas de Normalización Social para la población inmigrante y/o la población gitana en la Comunidad Autónoma de Extremadura, y se realiza la primera convocatoria para el ejercicio 2014, POR LO QUE NO podrán recogerse en este presupuesto GASTOS QUE NO SEAN SUBVENCIONABLES.

En el caso de que la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales conceda subvención a la entidad solicitante SÓLO podrán imputarse a la misma los gastos y las cantidades que estén RECOGIDOS EN ESTE PRESUPUESTO.

CONCEPTOS		CUANTÍA A IMPUTAR A LA SUBVENCIÓN SOLICITADA A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES	APORTACIÓN ENTIDAD	OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN	TOTAL PRESUPUESTO
GASTOS RELACIONADOS CON LA SEDE O DELEGACIÓN DE LA ENTIDAD (Máximo 10% de la subvención solicita)					
ALQUILER DEL INMUEBLE SEDE DE LA ENTIDAD					
SUMINISTROS DE	AGUA				
	LUZ				
	GAS				
COMUNICACIONES	TELÉFONO E INTERNET				
	MENSAJERÍA				
	CORREO				
CUOTAS COMUNIDAD DE VECINOS					
SEGUROS DEL INMUEBLE					
PRODUCTOS DE LIMPIEZA, PINTURAS Y OTROS PARA EL MANTENIMIENTO DEL LOCAL					
MATERIAL DE OFICINA					
ALQUILER DE EQUIPOS INFORMÁTICOS Y/O AUDIOVISUALES					
CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE PAGINAS WEB Y OTROS PROGRAMAS INFORMÁTICOS					
OTROS GASTOS ESPECIFICAR					
GASTOS RELACIONADOS CON LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
RETRIBUCIONES BRUTAS DEL PERSONAL					
CUOTA PATRONAL SEGURIDAD SOCIAL					
DIETAS Y DESPLAZAMIENTOS DEL PERSONAL CONTRATADO					
GASTOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES					
ACTUACIÓN 1 (especificar nombre).- _____					
Desglosar todos y cada uno de los gastos que se presupuestan para el desarrollo de la actuación nº 1 contemplada en este programa					
ACTUACIÓN 2 (especificar nombre).- _____					



Desglosar todos y cada uno de los gastos que se presupuestan para el desarrollo de la actuación nº 2 contemplada en este programa				
ACTUACIÓN 3 (especificar nombre).- _____				
Desglosar todos y cada uno de los gastos que se presupuestan para el desarrollo de la actuación nº 3 contemplada en este programa				
..... AÑADIR MÁS ACTUACIONES Y SU DESGLOSE SI PROCEDE				
PRESUPUESTO TOTAL DEL PROGRAMA				

En _____, a _____ de _____ de 201_

(Sello de la Entidad)

Visto Bueno del Presidente

Secretario de la Entidad

Fdo.: _____

Fdo.: _____

EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES