



ANEXO I

**DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL
(DEDI)**

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES.
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES, INFANCIA Y FAMILIAS.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO.

* * * * *

a) Programa de _____

1.- CARACTERÍSTICAS DE LA ZONA EN LA QUE VA A DESARROLLARSE EL PROGRAMA.

1.1. DATOS DE LA POBLACIÓN.

- ✓ Número de habitantes.....
- ✓ Número de menores.....
- ✓ Número de Expedientes con los que Interviene el PAF en Fase de Intervención.....
- ✓ Número de Expedientes con los que Interviene el PAF en Fase de Supervisión.....

1.2. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO.

1.3. BASES TEÓRICAS PARA LA IMPLMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

1.4. ANÁLISIS DE NECESIDADES SOCIALES Y PREVENTIVAS DE LA LOCALIDAD.



2.- INTERVENCIÓN, DESARROLLO DE LA PARENTALIDAD POSITIVA.

2.1- PREVENCIÓN PRIMARIA: ZONAS DE FORMACIÓN PARENTAL.

➤ OBJETIVOS GENERALES DE LAS ZFP:

➤ CONTENIDOS*:

- Desarrollo de la competencia parental.
- Mejora de la comunicación en las familias.
- Promoción y apoyo a medidas de la Ley de Convivencia y Ocio de Extremadura.
- Prevención en las nuevas tecnologías para las familias y menores: seguridad, riesgos en internet, violencia de género, apuestas y juego online, pornografía digital, etc.
- Otros :

- (*Especificar el contenido mínimo a implementar en cada Unidad didáctica que se elabore)

➤ ORGANIZACIÓN DIDÁCTICA Y METODOLÓGICA:

- Plan de Trabajo de las acciones formativas.
- Fases del mismo.
- Organización de los espacios.
- Distribución del tiempo.
- Tipos de agrupamientos.
- Colaboración con otros ámbitos profesionales o dispositivos para las actividades a realizar.

➤ EVALUACIÓN DE LAS ZFP.

➤ OBSERVACIONES.

3.- MEDIDAS ESPECIFICAS RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN CON MENORES A IMPLEMENTAR POR PARTE DEL PROGRAMA.

3.1- DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVO CON FAMILIAS Y MENORES.



3.2 – BASES Y METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN.

4.- SISTEMA DE COORDINACIÓN PREVISTO.

4.1.- COORDINACIÓN INTERNA:

4.1.1. COORDINACIÓN ESPECÍFICA CON SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN SOCIAL BÁSICA. Y CON LA RED DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A FAMILIAS, MEJORAS A APORTAR.

4.2.- COORDINACIÓN EXTERNA.

5.- MODELO DE EVALUACIÓN.

- Referencia- Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias. 2015. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
Protocolo de evaluación de la parentalidad positiva en tres contextos:
 - Buenas prácticas en el servicio desde el enfoque de la parentalidad positiva.
 - Buenas prácticas en el trabajo profesional con las familias desde el enfoque de la parentalidad positiva.
 - Buenas prácticas en los programas basados en evidencias desde el enfoque de la parentalidad positiva.

6.- OTROS DATOS DE INTERÉS.

En _____, a _____ de _____ de 2021

Firmado y sellado: D/D^a _____

TÉCNICO/A DEL PROPREFAME.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (A11016273)
Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias (A11016291)
C/Antonio Rodríguez Moñino, 2
06800 MÉRIDA



ANEXO II

MEMORIA TÉCNICA JUSTIFICATIVA DEL DESARROLLO DEL PROPREFAME 1 DATOS GENERALES DEL PROGRAMA:

1.1	DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD	
Nombre de la entidad		
Nº HABITANTES TOTAL.		
EN EL CASO DE SER MANCOMUNIDAD RELACIÓN DE LOCALIDADES:	LOCALIDAD	Nº HABITANTES.

1.2	DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL “PROPREFAME 2021”.		
Nombre del programa			
Fecha de inicio		Fecha de finalización	
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			

2: PREVENCIÓN PRIMARIA: DESARROLLO DE ACCIONES FOMENTAN LA PARENTALIDAD POSITIVA:

2.1	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CONTENIDOS ABORDADOS EN SUS ACTIVIDADES POR EL PROGRAMA. DESARROLLO DE LA PARENTALIDAD POSITIVA, ZONAS DE FORMACIÓN PARENTAL.



2.2	DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DESARROLLADO:		
III. USUARIOS/AS Y FAMILIAS.			
TOTAL DE FAMILIAS ASISTENTES A TODAS LAS ACTIVIDADES :			
Nº TOTAL DE FAMILIAS MONOPARENTALES			
Nº FAMILIAS NUMEROSAS			
Nº FAMILIAS CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
Nº FAMILIAS INMIGRANTES			
Nº FAMILIAS GITANAS			
Nº DE OTRAS (Especificar)			
Nº TOTAL DE FAMILIAS ASISTENTES A TODAS LAS ACTIVIDADES :			
PADRES Y MADRES ASISTENTES A LAS ACCIONES FORMATIVAS.			
INTERVALOS DE EDAD:	H	M	TOTAL:
18-20 AÑOS			
21-25 AÑOS			
26-30 AÑOS			
31-45 AÑOS			
46-55 AÑOS			
+ de 56 AÑOS			
TOTALES:			

MENORES: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (Nº TOTAL):			
INTERVALOS DE EDAD	H	M	TOTAL
0-2 AÑOS			
3 – 5 AÑOS			
6 – 11 AÑOS			
12 – 18 AÑOS			
TOTALES:			

2.3	ACTIVIDADES DESARROLLADAS:			
Nº	Denominación de la actividad:	Descripción de la actividad/ Lugar de celebración/ Organización de los espacios/ tipos de agrupamientos de los asistentes, etc.:	Número beneficiarios /destinatarios:	Evaluación de la actividad:
1				
2				



3				
4				
5				
6				
TOTAL				

2.4 CONTACTOS CON OTROS DISPOSITIVOS REALIZADOS DESDE EL PROGRAMA:	
Enumerar Los contactos con otros dispositivos:	1 2 3
Especificar las actividades en las que se ha colaborado por parte del Programa y no ha sido organizado por el mismo:	1 2 3

2.5 PUBLICIDAD ACTIVIDADES DEL PROGRAMA	
¿Se ha elaborado cartelería, publicidad, blogs, webs, etc. como material específico de apoyo al Programa?	Marcar lo que procede: Sí No
En caso afirmativo especificar de manera general la documentación elaborada:	
Observaciones:	

*Describir y aportar de manera general lo que se considere necesario para ampliar las actividades realizadas desde el PROPREFAME 2021.



ACTIVIDAD 1 IMÁGENES, DATOS, ETC.

ACTIVIDAD 2 IMÁGENES, DATOS CONCRETOS, ETC.

3: MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN CON MENORES POR PARTE DEL PROGRAMA.

3.1	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVO CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL.		
EN COLABORACIÓN CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIAS:			
Nº TOTAL DE EXPEDTES EN INTERVENCIÓN:	Nº TOTAL DE EXPEDTES EN SEGUIMIENTO:	Nº TOTAL DE EXPDTE EN SUPERVISIÓN:	TOTAL DE EXPEDIENTES 2021

3.2	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVO CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL.
OBSERVACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN CON EL PAF Y LOS EXPEDIENTES EN FASE DE SUPERVISIÓN:	

ESTE ES TU ESPACIO, APORTA SI LO DESEAS ASPECTOS DE MEJORAS U OBSERVACIONES DE INTERÉS:

En _____, a _____ de _____ de 2021

Firmado y sellado: D/D^a _____
TÉCNICO/A DEL PROPREFAME.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (A11016273)
Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias (A11016291)
C/Antonio Rodríguez Moñino, 2
06800 MÉRIDA



ANEXO V

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN PROHIBICIÓN ALGUNA PARA OBTENER SUBVENCIONES

D/D^a....., con D.N.I. n°..... actuando como representante legal de/la Municipio/Mancomunidad.....con C.I.F. n°.....

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, que la Entidad a la que represento NO se halla incurso en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 12.2 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura:

En....., a.....de.....de.....

El/La Representante Legal

Fdo. _____



ANEXO VI

DECLARACIÓN RESPONSABLE RELATIVA A LAS AYUDAS RECIBIDAS Y/O SOLICITADAS PARA LA FINANCIACIÓN DEL PROPREFAME

D/D^a....., con D.N.I. nº..... actuando como representante legal del/la Municipio/Mancomunidad..... con C.I.F. nº:.....

• DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad, le ha sido reconocida con fecha..... una subvención o ayuda de.....€ (importe en letra), para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME, por parte de la/s siguiente/s entidad/es:.....

• DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad, ha solicitado con fecha..... una subvención o ayuda de.....€ (importe en letra), para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME, a la/s siguiente/s entidad/es:.....

• DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad no ha solicitado ninguna otra subvención o ayuda para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 31.2 de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

El/La Representante Legal

Fdo. _____



ANEXO VII

CERTIFICADO RETENCIÓN DE CRÉDITO

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....

D/Dª....., con D.N.I. nº..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de con
C.I.F. nº:.....:

CERTIFICA

Que en el Presupuesto de esta Entidad para el ejercicio.... se ha efectuado una retención de crédito con fecha de....., con número de operación contable....., en la/s partida/s presupuestaria/s....., por importe de.....correspondiente a la aportación complementaria del Ayuntamiento /Mancomunidad de.....para la financiación del PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 23 de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____



ANEXO VIII

**MODELO DE CERTIFICADO DE INICIO DE ACTIVIDAD
MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....**

D/D^a....., con D.N.I. nº..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de.....con
C.I.F. nº:.....:

CERTIFICA:

Que habiéndosele concedido una ayuda por importe de(importe en
número)(importe en letra), se ha iniciado la actividad objeto de la subvención con
fecha dede

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de
Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el
artículo 28 de la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

Vº Bº
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____



ANEXO IX

MODELO DE CERTIFICADO DE JUSTIFICACIÓN DE GASTOS Y PAGOS

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....
D/Dª....., con D.N.I. nº..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de.....con
C.I.F. nº:.....:

CERTIFICA:

Que según consta en los documentos y antecedentes obrantes en esta Intervención a mi cargo, resulta que en relación a la subvención concedida por parte de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a este/a Ayuntamiento/Mancomunidad por importe de.....€, al amparo de la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E nº 159 de 19 de agosto), los gastos habidos en la ejecución del mencionado Programa ascienden a la cantidad de€ (Importe en letra), habiéndose destinado a la finalidad para la que fue concedida y habiéndose efectuado pagos por dicho importe, los cuales corresponden a los siguientes capítulos:

- PERSONAL.....€
- GASTOS DIETAS Y DESPLAZAMIENTOS€

Asimismo, con cargo a la aportación de la entidad local, los gastos habidos en la ejecución del mencionado Programa, a fecha del presente, ascienden a....€ (Importe en letra), habiéndose efectuado pagos por dicho importe.*

* Este apartado solamente se cumplimentará en el caso de que la entidad aporte fondos propios para la ejecución del PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 28 de la Orden 6 de agosto de 2019, relativo a la forma de pago y justificación de las subvenciones, expido la presente certificación de orden y con el Visto Bueno del Sr/Sra. Alcalde/Alcaldesa/ Presidente/a, enade..... de

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____



ANEXO X

MODELO DE CERTIFICADO DE INGRESO

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....
D/D^a....., con D.N.I. n°..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad dcon
C.I.F. n°:.....:

CERTIFICO:

Que según consta en los documentos y antecedentes obrantes en esta Intervención a mi cargo, resulta que en relación a la subvención concedida por parte de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a este Municipio/Mancomunidad por importe de€, al amparo de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E nº 159 de 19 de agosto), el primer pago, correspondiente al primer 50%, ha sido formalizado mediante mandamiento de ingreso n°..... de fecha.....y contabilizado en la partida presupuestaria, por importe de€ con destino al fin para el que ha sido concedido.

Que según consta en los documentos y antecedentes obrantes en esta Intervención a mi cargo, resulta que en relación a la subvención concedida por parte de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a este Municipio/Mancomunidad por importe de€, al amparo de la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E nº 159 de 19 de agosto), el segundo pago, correspondiente al segundo 50%, ha sido formalizado mediante mandamiento de ingreso n°..... de fecha.....y contabilizado en la partida presupuestaria, por importe de€ con destino al fin para el que ha sido concedido.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 28 de la mencionada orden, relativo a la forma de pago y justificación de las subvenciones, expido la presente certificación.

En....., a.....de.....de.....

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

**ANEXO XI****CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DE LA SUBVENCIÓN**

D/Dña. _____ con NIF _____ en
calidad de Secretario/a de la entidad _____ con
NIF _____ y domicilio en C/ _____ de la
localidad de _____.

Con fecha _____, por Resolución de la Secretaría
General de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales se concedió a la entidad
_____ con NIF nº _____, la concesión de una subvención
a favor de ésta para el desarrollo del Programa
_____.

De conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de
Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en el que se establece que la
Resolución deberá ser aceptada por el beneficiario.

DECLARA

Que la entidad a la que represento, acepta la concesión de la subvención para el desarrollo del
Programa _____ en los términos y
condiciones establecidos por la Resolución de la Secretaría General de la consejería de Sanidad y
Servicios Sociales, de fecha _____.

Y para que conste y surte los efectos oportunos, firmo el presente documento conforme
En _____, a _____ de _____ de _____.

Vº Bº
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____



ANEXO XII

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE DIFUSIÓN Y PUBLICIDAD

D/Dña. _____ con NIF _____ en calidad de Secretario/a de la entidad _____ con NIF _____ y domicilio en C/ _____ de la localidad de _____.

CERTIFICO, que la entidad _____ con NIF _____ ha sido beneficiaria de una subvención por Resolución de la Secretaría General de la consejería de Sanidad y Servicios Sociales de fecha _____, para el desarrollo del Programa _____ cumple las medidas de publicidad recogidas en la Ley 6/2011, de 23 de marzo, adjuntando junto al presente certificado fotografía de la placa/cartel identificativa del programa subvencionado.

Y para que conste y surte los efectos oportunos, firmo el presente documento conforme ____
En, a de de

Vº Bº
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____



ANEXO XIII

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL PERSONAL CONTRATADO

D/Dña. _____ con NIF _____ en
calidad de Secretario/a de la entidad _____ con
NIF _____ y domicilio en C/ _____ de la
localidad de _____.

DECLARO, que todo el personal contratado, para el desarrollo del Programa
_____, al que corresponda realizar tareas
que impliquen contacto habitual con menores, cuenta con la certificación negativa exigida por el
artículo 13.5 de la Ley de Protección Jurídica del Menor, reconociendo la obligación de proceder a
la inmediata sustitución del trabajador de la entidad que no cumpla esta prescripción legal, aún de
forma sobrevenida.

Y para que conste y surte los efectos oportunos, firmo el presente documento conforme

En, a de de

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo:

• • •

