



*ORDEN de 22 de diciembre de 2008 por la que se convocan subvenciones por la realización de programas de apoyo a las familias de personas con discapacidad para la atención, el cuidado y la ocupación del tiempo libre, para el año 2009. (2009050015)*

El Decreto 39/2008, de 7 de marzo, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la Consejería de Sanidad y Dependencia en materia de atención a personas mayores, con discapacidad y en situación de dependencia (DOE n.º 54, de 18 de marzo de 2008) contempla en el Capítulo V, las subvenciones para programas de apoyo a las familias de personas con discapacidad para la atención, el cuidado y la ocupación del tiempo libre.

De acuerdo con lo dispuesto en su artículo 5 el procedimiento de concesión de estas subvenciones será el de concurrencia competitiva y convocatoria pública periódica, mediante Orden de la Consejería de Sanidad y Dependencia.

La Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, crea el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), adscrito a la Consejería competente en materia de dependencia, que tiene por finalidad ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociosanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma, conforme a los objetivos y principios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y desarrollo y coordinación de las políticas sociales de atención a personas con discapacidad y mayores.

El Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), establece en el artículo 2.2.c) que la convocatoria de subvenciones se realizará por Orden de la titular de la Consejería competente en materia de dependencia, a iniciativa del órgano o unidad de la misma que resulte competente por razón de la materia.

En su virtud, de conformidad con lo establecido en la Ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura,

**DISPONGO :**

**Artículo 1. Objeto.**

1. El objeto de la presente Orden es realizar la convocatoria pública para la concesión, en régimen de concurrencia competitiva, de las subvenciones para la realización por las Entidades Públicas y Privadas sin fin de lucro que presten servicios sociales especializados a personas con discapacidad grave, de programas de apoyo a las familias de personas con discapacidad para la atención, el cuidado y la ocupación del tiempo libre, con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para 2009.
2. La convocatoria se regulará por las normas establecidas en los Capítulos I y V del Decreto 39/2008, de 7 de marzo, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la Consejería de Sanidad y Dependencia en materia de atención a



personas mayores, con discapacidad y en situación de dependencia (DOE n.º 54, de 18 de marzo de 2008).

3. Las subvenciones estarán destinadas a sufragar los gastos generados por la realización de programas de apoyo a las familias de personas con discapacidad, con el contenido y condiciones expresados en el citado Decreto:

- A) Programas de apoyo a las familias de personas con discapacidad vinculados a ofertas de ocio a la persona con discapacidad.

El objetivo de estos programas será el dar apoyo a las familias que tengan entre sus miembros alguna persona con discapacidad gravemente afectada.

Mediante estos programas las entidades se comprometen a ofertar servicios de atención a las familias de personas con discapacidad gravemente afectadas en supuestos de ausencia justificada y temporal del hogar de sus familiares cuidadores, contando para ello con los profesionales cualificados necesarios.

Los programas comprenderán la realización de actividades de ocio, dentro o fuera del domicilio, dirigidas a la persona con discapacidad. Se trabajarán todas aquellas capacidades que le ayuden a desenvolverse en la vida diaria, mediante actividades de ocio que fomenten habilidades sociales, de integración e interacción.

- B) Programas de ocio y tiempo libre en fines de semana para personas con discapacidad.

El objetivo de estos programas será el desarrollo de actividades lúdicas, recreativas, culturales y de ocio dirigidas a personas con discapacidad gravemente afectadas en las que participen activamente, contribuyendo al desarrollo de las habilidades personales y su enriquecimiento vivencial.

- C) Programas "Abierto por vacaciones".

El objetivo de estos programas a desarrollar por las Federaciones provinciales o regionales que prestan servicios de atención a personas con discapacidad es facilitar la participación de personas con discapacidad en actividades a desarrollar en periodos vacacionales de verano a través de estancia en hoteles y/o albergues en lugares distintos al entorno habitual, con una duración máxima de diez días.

- D) Programas dirigidos a alumnos con discapacidad matriculados en Centros Educativos Especiales.

El objetivo de estos programas es facilitar la participación de los alumnos matriculados en Centros Educativos Especiales en actividades específicas de ocio, atención y ocupación del tiempo libre a desarrollar fuera del centro y horario escolar.

4. Las Entidades solicitantes podrán concurrir a un máximo de tres de las modalidades indicadas, con el límite de un programa por modalidad.

5. Los programas subvencionables deberán estar abiertos a todas las personas con discapacidad que residan en el ámbito territorial donde la Entidad o el programa a desarrollar



tienen su ámbito de actuación, siempre que cumplan los requisitos exigidos con carácter específico para cada uno de los programas a realizar.

6. No será subvencionable la realización de programas en aquellos supuestos en que su ejecución sea consecuencia del desarrollo de las actividades y servicios financiados a través de otras convocatorias de subvenciones de la Consejería de Sanidad y Dependencia, siempre que exista una identidad de beneficiarios y finalidad.

### **Artículo 2. Requisitos de los beneficiarios.**

1. Podrán obtener la condición de beneficiarios las Entidades Públicas y Privadas sin fin de lucro que presten servicios sociales especializados a personas con discapacidad grave en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Respecto a la modalidad de Programas "Abiertos por Vacaciones" exclusivamente podrán ser beneficiarios las Federaciones provinciales o regionales.

2. Para la realización de los programas las Entidades beneficiarias deberán contar con el personal adecuado y suficiente, así como con los medios materiales y técnicos necesarios, acordes a las tipologías de los diferentes usuarios, que garanticen una calidad idónea en su ejecución.

### **Artículo 3. Plazo de presentación de solicitudes.**

El plazo de presentación de solicitudes será de veinte días naturales, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la presente Orden de convocatoria en el Diario Oficial de Extremadura.

### **Artículo 4. Cuantía de las subvenciones.**

El importe de la subvención podrá alcanzar el 100% del coste total de realización de los programas, sin que la cuantía objeto de concesión por cada uno de los programas a desarrollar pueda exceder de 40.000 euros.

### **Artículo 5. Documentación.**

1. La documentación a presentar será la que se determina a continuación:

- a) Modelo oficial de solicitud, conforme al Anexo I, en el que se acreditará que las Entidades solicitantes no se encuentran incurso en ninguna de las circunstancias recogidas en los apartados 2 y 3 del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, que impiden obtener la condición de beneficiario de las subvenciones.

En la misma se podrá autorizar al órgano gestor de las ayudas para que compruebe de oficio que se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias frente a la Hacienda de la Comunidad Autónoma, según lo establecido en el Decreto 125/2005, de 24 de mayo, por el que se aprueban medidas para la mejora de la tramitación administrativa y simplificación documental asociada a los procedimientos de la Junta de Extremadura.



En el caso de que los interesados no otorguen su autorización expresa a la cesión de datos conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, deberán aportar junto a su solicitud una certificación administrativa positiva, expedida en soporte papel por el órgano competente de la Consejería de Administración Pública y Hacienda, acreditativa de hallarse al corriente de sus obligaciones tributarias frente a la Hacienda de la Comunidad Autónoma.

b) Proyecto de los programas para los que se solicita financiación, conforme al modelo que figura en el Anexo II.

2. Aquellos que resulten beneficiarios de las subvenciones deberán aportar en los plazos y forma establecidos en el Decreto 39/2008, de 7 de marzo, la cuenta justificativa del gasto, de acuerdo con el modelo establecido en el Anexo III y la Memoria justificativa y explicativa de la realización del programa subvencionado, conforme al Anexo IV.

### **Artículo 6. Financiación.**

1. La financiación por parte de la Consejería de Sanidad y Dependencia de las subvenciones convocadas a través de la presente Orden, tendrá como límite la cantidad destinada a estos efectos en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para 2009 por un importe total de 1.300.000 euros, en la aplicación presupuestaria 18.02.313D.460.00 por importe de 500.000 euros (Proyecto 2003.14.002.0001.00) y 18.02.313D.489.00 por importe de 800.000 euros (Proyecto 2003.14.002.0001.00).
2. Esta cuantía podrá ser aumentada, antes de la resolución del procedimiento de concesión de subvenciones, con las cantidades que incorporadas al presupuesto sean aprobadas mediante Resolución de la Consejera de Sanidad y Dependencia para esta finalidad, sin que ello implique abrir un nuevo plazo de presentación de solicitudes.
3. La tramitación anticipada de los expedientes no podrá llegar más allá de la autorización del gasto, quedando sometida la resolución de la presente convocatoria, a la condición suspensiva de existencia de crédito adecuado y suficiente en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para 2009.

### **Artículo 7. Resolución.**

La concesión de subvenciones será resuelta y notificada por la titular de la Consejería de Sanidad y Dependencia en el plazo máximo de seis meses a contar a partir del día siguiente al de la publicación de la presente Orden de convocatoria en el Diario Oficial de Extremadura.

### **Artículo 8. Pago de las subvenciones.**

1. Las subvenciones se abonarán con carácter previo a la justificación del cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas sin necesidad de garantía alguna, según lo dispuesto en el artículo 6.4 del Decreto 77/1990, de 16 de octubre, que regula el régimen general de concesión de subvenciones.
2. Las subvenciones de importe igual o inferior a 600 euros serán abonadas íntegramente, una vez recaída resolución favorable.



3. Las subvenciones por importe superior a 600 euros serán abonadas fraccionadamente, siendo la forma de pago la que se determina a continuación:

a) A la firma de la resolución por la que se concede la subvención se abonará el 50% de la cantidad total concedida.

El pago de esta cantidad quedará supeditado a la aportación por la Entidad beneficiaria del Certificado de cumplimiento de las medidas de publicidad y, en su caso, de la justificación de las cantidades concedidas en el ejercicio económico anterior.

b) El 50% restante de la subvención se abonará de la siguiente forma:

— Un primer 25%, una vez se haya justificado documentalmente por el órgano responsable de la Entidad beneficiaria, que se han realizado gastos y pagos por un importe igual o superior al 25% de la cantidad total concedida.

— Un segundo 25%, cuando se haya justificado documentalmente por el órgano responsable de la Entidad beneficiaria, que el importe de los gastos y pagos realizados en ejecución de la actividad subvencionada superan el 50% de la cantidad total concedida.

En ningún caso se dará lugar a que exista una cantidad anticipada y sin justificar superior al 50% de la subvención concedida.

4. La justificación de gastos y pagos se realizará mediante Certificado de Ingresos, Gastos y Pagos, suscrito por el Secretario y el Representante legal de la Entidad.

Las Entidades Privadas sin ánimo de lucro presentarán junto a este Certificado, los originales o copias compulsadas de las facturas o documentos contables de valor equivalente acreditativos de los gastos y pagos realizados, acompañados de una relación detallada de dichos justificantes. Además, deberán presentar una relación de las actividades desarrolladas hasta la fecha.

5. Las justificaciones deberán aportarse a la Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), con la antelación suficiente para que se efectúen los abonos dentro del ejercicio económico en curso, debiendo presentarse los justificantes para el abono del último 25% de la subvención antes del 30 de noviembre de 2009.

6. En el plazo de quince días desde la recepción de los fondos, los órganos responsables de las Entidades beneficiarias expedirán certificado acreditativo de haber incluido en su contabilidad el ingreso del importe concedido en concepto de subvención con destino a la finalidad para la que ha sido otorgada.

#### **Artículo 9. Plazo y forma de justificación.**

1. Las Entidades beneficiarias de las subvenciones, con independencia de las justificaciones parciales previstas para los pagos anticipados, deberán justificar el cumplimiento de la finalidad para la que se concede la subvención y la aplicación de los fondos percibidos antes del 1 de marzo de 2010.



2. A estos efectos las Entidades beneficiarias deberán presentar la cuenta justificativa del gasto, que consistirá en una declaración responsable suscrita por el órgano responsable de la Entidad comprensiva de las actividades realizadas que hayan sido financiadas con la subvención, de acuerdo con el modelo establecido en el Anexo III. A la misma acompañarán un Certificado de Ingresos, Gastos y Pagos suscrito por el mismo, justificativo de los gastos y pagos realizados en la ejecución total de la actividad subvencionada.

En el caso de las Entidades Privadas sin ánimo de lucro además se adjuntarán los originales o copias compulsadas de las facturas o documentos contables de valor equivalente acreditativos de los gastos y pagos realizados que no hayan sido aportados con anterioridad junto a las justificaciones para el abono de los pagos parciales, así como una relación detallada y ordenada de dichos justificantes.

3. Las Entidades beneficiarias vendrán obligadas a presentar la Memoria justificativa y explicativa de la realización del programa subvencionado, conforme al modelo establecido en el Anexo IV.
4. Cuando hayan aportado fondos propios o se hayan percibido otras subvenciones o recursos, se deberá acreditar el importe, procedencia y aplicación de tales fondos a las actividades subvencionadas.

***Disposición final primera. Autorización.***

Se faculta al titular de la Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD para dictar cuantos actos y resoluciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Orden.

***Disposición final segunda. Eficacia.***

La presente Orden tendrá efectos el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Contra la presente Orden de convocatoria, que agota la vía administrativa, los interesados podrán interponer, con carácter potestativo, recurso de reposición ante la Consejera de Sanidad y Dependencia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura, según lo previsto en el artículo 102 de la Ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Asimismo, podrán interponer recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de su publicación en el DOE, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la Ley 29/1998, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, sin perjuicio de que los interesados puedan ejercitar cualquier otro que consideren procedente.

Mérida, a 22 de diciembre de 2008.

La Consejera de Sanidad y Dependencia,  
MARÍA JESÚS MEJUTO CARRIL



## ANEXO I

**JUNTA DE EXTREMADURA****SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

**REGISTRO DE ENTRADA****SOLICITUD****SUBVENCIONES A PROGRAMAS DE APOYO A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN, EL CUIDADO Y LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE****1.- DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA AYUDA. SE SOLICITA SUBVENCIÓN PARA:** PROGRAMA DE APOYO A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VINCULADO A OFERTAS DE OCIO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD. PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN FINES DE SEMANA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PROGRAMA "ABIERTO POR VACACIONES". PROGRAMA DIRIGIDO A ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MATRICULADOS EN CENTROS EDUCATIVOS ESPECIALES.DENOMINACIÓN DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_  
 COSTE TOTAL: \_\_\_\_\_ € IMPORTE QUE SOLICITA: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ €<sup>(1)</sup> Importe máximo a subvencionar: 40.000 € (Artículo 49 del Decreto 39/2008, de 7 de marzo).**2.- DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE:**

|                     |  |  |       |
|---------------------|--|--|-------|
| Denominación:       |  |  |       |
| C.I.F.:             |  | Nº Registro de Entidades y Servicios Sociales de la C.A. de Extremadura: |       |
| Domicilio:          |  |  | 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.- SUBVENCIONES SOLICITADAS O CONCEDIDAS PARA EL MISMO CONCEPTO Y ANUALIDAD:**

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

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

- Proyecto del programa para el que se solicita financiación, conforme al modelo que figura en el Anexo II.
- Certificación administrativa positiva, expedida en soporte papel por el órgano competente de la Consejería de Administración Pública y Hacienda, acreditativa de hallarse al corriente de sus obligaciones tributarias frente a la Hacienda de la Comunidad Autónoma. **(Sólo en el caso de que no se autorice la comprobación de oficio del apartado 7).**
- Documentación aportada voluntariamente en apoyo de la solicitud: \_\_\_\_\_

**7.- AUTORIZACIÓN COMPROBACIÓN DE OFICIO ESTAR AL CORRIENTE HACIENDA DE LA C.A.:**

- Autorizo al órgano gestor de las ayudas para que compruebe de oficio que me encuentro al corriente de mis obligaciones tributarias frente a la Hacienda de la Comunidad Autónoma.
- No autorizo al órgano gestor de las ayudas para que compruebe de oficio que me encuentro al corriente de mis obligaciones tributarias frente a la Hacienda de la Comunidad Autónoma; por lo que aporto junto a la solicitud certificación administrativa en soporte papel expedida por la Consejería de Administración Pública y Hacienda.

**8.- DECLARACIÓN RESPONSABLE:**

Declaro que la Entidad a la que represento no se halla incurso en ninguna de las circunstancias recogidas en los apartados 2 y 3 del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, que impiden obtener la condición de beneficiario de las subvenciones.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Firma del Representante Legal y sello de la Entidad**

D/Dª \_\_\_\_\_

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 Sanidad y Dependencia 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 el órgano correspondiente.

**EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SANIDAD Y DEPENDENCIA**  
**Consejería de Sanidad y Dependencia. C/ Adriano nº 4. 06800-Mérida.**



---

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD \***

---

**\*ATENCIÓN:**  
**EL MODELO DE SOLICITUD CONSTA DE DOS HOJAS.****▪ DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA AYUDA.**

Se deberá presentar UNA SOLICITUD POR CADA PROGRAMA, en la que se marcará con una X la Modalidad concreta para la que se demanda financiación, con indicación de la denominación del proyecto, del coste total y del importe que solicita, teniendo en cuenta que el importe máximo a subvencionar por programa es de 40.000 euros.

Las Entidades solicitantes podrán concurrir a UN MÁXIMO DE TRES DE LAS MODALIDADES convocadas, con el límite de UN PROGRAMA POR MODALIDAD (artículo 46.2 del Decreto 39/2008, de 7 de marzo).

**▪ DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.**

Se cumplimentarán los datos solicitados: Denominación, C.I.F., Nº Registro de Entidades y Servicios Sociales de la C.A. de Extremadura, domicilio, teléfonos, fax y correo electrónico.

**▪ DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD.**

Se indicará el nombre, D.N.I. y relación con la entidad.

**▪ DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN.**

Se identificará el lugar donde desea que se practiquen las notificaciones que se produzcan a lo largo del procedimiento, conforme a lo establecido en el artículo 59 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**▪ SUBVENCIONES SOLICITADAS O CONCEDIDAS PARA EL MISMO CONCEPTO.**

En el supuesto de que se hayan solicitado subvenciones o ayudas para el mismo concepto se deberán indicar el organismo y cuantías solicitadas y/o concedidas.

**▪ DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD.**

Se deberá adjuntar necesariamente a la solicitud la documentación que se establece. Además, los interesados podrán adjuntar cualquier otro documento que, sin ser requerido normativamente, deseen aportar voluntariamente en apoyo de su solicitud, debiéndolo indicar en la misma.

**▪ AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE OFICIO DE HALLARSE AL CORRIENTE DE LAS OBLIGACIONES CON LA HACIENDA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.**

Los solicitantes podrán autorizar al órgano gestor de las ayudas para que compruebe de oficio que se encuentran al corriente de sus obligaciones tributarias frente a la Hacienda de la Comunidad Autónoma marcando la casilla establecida al efecto en la solicitud.



En el caso de que los interesados no otorgaran su autorización expresa a la cesión de datos, o bien revocaran la inicialmente prestada, la acreditación deberá efectuarse aportando junto a la solicitud una certificación administrativa positiva expedida en soporte papel por el órgano competente de la Consejería de Administración Pública y Hacienda a solicitud del interesado previo pago, en este caso, de las exacciones legalmente establecidas, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 125/2005, de 24 de mayo, por el que se aprueban medidas para la mejora de la tramitación administrativa y simplificación documental asociada a los procedimientos de la Junta de Extremadura.

▪ **PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES.**

El plazo de presentación de solicitudes será de VEINTE DÍAS NATURALES, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la Orden de convocatoria en el Diario Oficial de Extremadura.

▪ **PLAZO MÁXIMO DE RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

La concesión de subvenciones será resuelta por la titular de la Consejería de Sanidad y Dependencia en el plazo máximo de seis meses a contar a partir del día siguiente al de la publicación de la Orden de convocatoria en el Diario Oficial de Extremadura.

▪ **PUBLICACIÓN DE LAS SUBVENCIONES CONCEDIDAS.**

El órgano concedente publicará en el Diario Oficial de Extremadura las subvenciones concedidas cuando su importe, individualmente considerado, sea igual o superior a 3.000 euros, indicando la convocatoria, el programa y crédito presupuestario al que se imputan, beneficiario, cantidad concedida y finalidad de la subvención.

En el supuesto de importe inferior a la cantidad mencionada, la publicidad se hará mediante la exposición en el Tablón de anuncios de la Consejería de Sanidad y Dependencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.c) de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

▪ **RECURSOS FRENTE A LA RESOLUCIÓN EXPRESA O PRESUNTA DEL PROCEDIMIENTO.**

Contra la resolución del procedimiento, que pone fin a la vía administrativa, podrá interponerse recurso potestativo de reposición ante la titular de la Consejería de Sanidad y Dependencia en el plazo de un mes, a contar a partir del día siguiente al de su notificación si el acto fuera expreso, o en el de tres meses a partir del día siguiente a aquel en que se produzca el acto presunto; conforme a lo dispuesto en los artículos 102 y 103 de la Ley 1/2002, de 28 de febrero del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura y los artículos 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; o directamente recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, en el plazo de dos meses a contar a partir del día siguiente al de su notificación, o en el de seis meses a partir del día siguiente a aquel en que se produzca el acto presunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contenciosa-Administrativa; así como cualquier otro que se estime procedente.

**ANEXO II****PROGRAMAS DE APOYO A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN, EL CUIDADO Y LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE****PROYECTO DEL PROGRAMA A REALIZAR**

1. **NOMBRE DE LA ENTIDAD:** \_\_\_\_\_

2. **LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_

3. **MODALIDAD DE PROGRAMA:**

***A.- PROGRAMA DE APOYO A LA FAMILIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VINCULADO A OFERTAS DE OCIO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.***

▪ Número de personas con discapacidad grave beneficiarias:

▪ Número de familias de personas con discapacidad grave beneficiarias:

▪ Perfil de los beneficiarios del programa:

***B.- PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN FINES DE SEMANA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.***

▪ Número de personas con discapacidad grave beneficiarias

▪ Perfil de los beneficiarios del programa:

***C.- PROGRAMA "ABIERTO POR VACACIONES".***

▪ Número de personas con discapacidad grave beneficiarias

▪ Perfil de los beneficiarios del programa

***D.- PROGRAMA DIRIGIDOS A ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MATRICULADOS EN CENTROS EDUCATIVOS ESPECIALES.***

▪ Número de personas con discapacidad grave beneficiarias

▪ Perfil de los beneficiarios del programa



#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

- **Fundamentación**

*Planteamiento, descripción y justificación de la realización del proyecto.*

- **Objetivos generales**

*Finalidad/es principal/es del proyecto.*

- **Actuaciones (1)**

*(Cumplimentar según modelo en página siguiente)*

#### 5. PERÍODO DE EJECUCIÓN:

*Desde ..... hasta ..... de 2009.*

#### 6. METODOLOGÍA:

Describir cómo se va a desarrollar el trabajo en base a los objetivos propuestos, aspectos organizativos...

**ACTUACIONES (1)****Indicar todas aquellas acciones que desde el Proyecto se pretenden realizar**

| Descripción de la actividad | Nº de participantes previstos | Intervalo del grado de discapacidad para el que está diseñada y dirigida | Intervalo de edad para el que está dirigida | Fecha aprox. | Lugar de celebración | Presupuesto | Recursos Humanos | Recursos Materiales | Objetivos de la actividad |
|-----------------------------|-------------------------------|--|---|--------------|----------------------|-------------|------------------|---------------------|---------------------------|
|                             |                               |  |   |              |                      |             |                  |                     |                           |
|                             |                               |  |   |              |                      |             |                  |                     |                           |
|                             |                               |  |   |              |                      |             |                  |                     |                           |
|                             |                               |  |   |              |                      |             |                  |                     |                           |

Conforme a lo dispuesto en el artículo 51 e) del Decreto 39/2008, de 7 de marzo, cualquier variación de la actividad con respecto al programa presentado deberá ser comunicado por escrito a la Dirección General de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, con antelación suficiente, para su autorización, debiendo proponer otra actividad alternativa.

**7. PROFESIONALES AFECTOS AL PROGRAMA:**

a.) Profesionales a contratar:

| Nº DE PROFESIONALES | TITULACIÓN | PUESTO DE TRABAJO | JORNADA LABORAL | ACTIVIDAD A LA QUE SE ASOCIA EL GASTO | % DEDICADO A ESA ACTIVIDAD |
|---------------------|------------|-------------------|-----------------|---------------------------------------|----------------------------|
|                     |            |                   |                 |                                       |                            |
|                     |            |                   |                 |                                       |                            |
|                     |            |                   |                 |                                       |                            |
|                     |            |                   |                 |                                       |                            |
|                     |            |                   |                 |                                       |                            |

b.) Profesionales que la entidad está dispuesta a aportar al programa:

| APELLIDOS | NOMBRE | TITULACIÓN | PUESTO DE TRABAJO | RELACIÓN JURÍDICA CON LA ENTIDAD |
|-----------|--------|------------|-------------------|----------------------------------|
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |

**NOTA:** el coste de los profesionales que la entidad está dispuesta a aportar a este programa, no se imputará al mismo, sino que será asumido por la entidad, según el artículo 51 b) del Decreto 39/2008, de 7 de marzo, por el que se establecen las bases reguladoras de la concesión de estas subvenciones.

c.) Especificar si el programa va a contar con personal voluntario de apoyo: Si  No   
 Nº de voluntarios:

**8. SELECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA (PERSONAS CON DISCAPACIDAD GRAVEMENTE AFECTADOS) Y/O SUS FAMILIAS:**

|   |                            |
|---|----------------------------|
| - CRITERIOS DE SELECCIÓN:   |                            |
| - PROCEDENCIA DE LOS BENEFICIARIOS DEL ÁMBITO RURAL, INDICANDO EL NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES: |                            |
| <b>MUNICIPIOS SEGÚN SU POBLACIÓN</b>  | <b>Nº DE PARTICIPANTES</b> |
| De 0 a 1.000 habitantes   | <input type="checkbox"/>   |
| De 1.001 a 5.000 habitantes   | <input type="checkbox"/>   |
| De 5.001 a 10.000 habitantes  | <input type="checkbox"/>   |
| De más de 10.000 habitantes   | <input type="checkbox"/>   |

**9.- DIFUSION:**

Indicar los procesos de información, orientación y comunicación a todas las personas que cumplan el perfil de candidato a beneficiario de este programa.



**10.- PUBLICIDAD:**

Medios y medidas que propone la entidad para cumplir los requisitos de información y publicidad en la ejecución de las actividades que resulten subvencionadas con cargo a este programa.

**11.-PRESUPUESTO DETALLADO DEL PROGRAMA:**

|   |                      |
|---|----------------------|
| <b>INGRESOS</b>   |                      |
| Según su procedencia:   |                      |
| - Consejería de Sanidad y Dependencia:  |                      |
| - Propios:  |                      |
| - Otros (especificar):  |                      |
| <b>TOTAL:</b>   | <input type="text"/> |
| <b>GASTOS PREVISTOS</b>   |                      |
| - <b>Personal a contratar:</b>  |                      |
| -Nóminas (coste salarial)   |                      |
| -Colaboraciones esporádicas   |                      |
| -Kilometraje de estos trabajadores.   |                      |
| Total personal .....  |                      |
| - <b>Actividades:</b>   |                      |
| -Servicios profesionales independientes:  |                      |
| -Materiales   |                      |
| -Transporte   |                      |
| -Alojamiento y manutención  |                      |
| Total actividades .....   |                      |
| - <b>Seguros Obligatorios:</b>  |                      |
| Total seguros .....   |                      |
| - <b>Otros:</b> (especificar los gastos que sean consignados en este apartado)  |                      |
| Total otros .....   |                      |
| <b>TOTAL:</b>   | <input type="text"/> |
| El presupuesto deberá ser cumplimentado en su totalidad. En el caso de que alguna partida no se prevean gastos, se consignará con la cuantía de “cero” euros. |                      |

**Nota:** Aquellos apartados que sean susceptibles de ser valorados conforme al artículo 48 del Decreto 39/2008 y no sean cumplimentados por la entidad, no serán objeto de valoración. El resto de los apartados es de obligado cumplimiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Firma del Representante Legal y sello de la Entidad**

D/Dª \_\_\_\_\_

**ANEXO III****CUENTA JUSTIFICATIVA DEL GASTO**

(Se deben adjuntar facturas originales o copias compulsadas acreditativas de los gastos y pagos efectuados)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_,  
 como representante legal de la Entidad \_\_\_\_\_,  
 con CIF nº \_\_\_\_\_, y Número de Registro Unificado de Entidades y Centros de Servicios  
 Sociales de Extremadura. \_\_\_\_\_.

**DECLARO:**

1º.- Que la cantidad concedida por la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, al amparo de la convocatoria de subvenciones para la realización de programas de apoyo a las familias de personas con discapacidad para la atención, el cuidado y la ocupación del tiempo libre para el año 2009 ha sido destinada a la finalidad para la que fue concedida.

2º.- Que los gastos generados y efectivamente pagados en la ejecución del proyecto de los que se adjuntan originales o fotocopias compulsadas de las facturas o nóminas, han sido los siguientes:

| Nº Orden                            | Concepto del gasto     | Nombre del proveedor/perceptor/trabajador | Fecha de pago | Forma de pago | Actividad a la que se asocia el gasto | IMPORTE |
|-------------------------------------|------------------------|---|---------------|---------------|---------------------------------------|---------|
|                                     | Gastos de personal     |   |               |               |                                       |         |
|                                     |                        |   |               |               |                                       |         |
|                                     |                        |   |               |               |                                       |         |
|                                     |                        |   |               |               |                                       |         |
| <i>Total personal</i>               |                        |   |               |               |                                       |         |
|                                     | Gastos por actividades |   |               |               |                                       |         |
|                                     |                        |   |               |               |                                       |         |
|                                     |                        |   |               |               |                                       |         |
| <i>Total gastos por actividades</i> |                        |   |               |               |                                       |         |
| <b>TOTAL</b>                        |                        |   |               |               |                                       |         |

**NOTA:** La justificación de gastos se presentará de forma desglosada y detallada por cada uno de los conceptos de gastos contemplados. (Ejemplo: los gastos de personal se desglosarán en: 1.- sueldo líquido mensual de cada trabajador, 2.- retención IRPF de cada trabajador, 3.- seguridad social obrera+empresarial).

Deberán ser cumplimentados todos los apartados. En el caso de que el número de documentos a aportar lo requiera, se cumplimentará en relación adjunta debidamente firmada y siguiendo este mismo modelo.

En el caso de que se hayan aportado fondos propios o se hayan percibido otras subvenciones:

| Procedencia  | Nº Orden | Concepto | Importe |
|--------------|----------|----------|---------|
|              |          |          |         |
|              |          |          |         |
|              |          |          |         |
| <b>TOTAL</b> |          |          |         |

Lo que manifiesto a efectos de justificación y cumplimiento de la finalidad para la que fue concedida la subvención, conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 del Decreto 39/2008, de 7 de marzo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**Firma del Representante Legal y sello de la Entidad**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

**EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SANIDAD Y DEPENDENCIA**

**ANEXO IV**

PROGRAMAS DE APOYO A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LA ATENCIÓN, EL CUIDADO Y LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

**MEMORIA JUSTIFICATIVA****1.- NOMBRE DE LA ENTIDAD:** \_\_\_\_\_**2.- LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_**3.- MODALIDAD DE PROGRAMA:****A.- PROGRAMA DE APOYO A LA FAMILIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VINCULADO A OFERTAS DE OCIO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.**

- Número de personas con discapacidad grave beneficiarias
- Número de familias de personas con discapacidad grave beneficiarias:
- **Actividades de ocio:**

| ACTIVIDAD |             | UBICACIÓN: | FECHA DE REALIZACIÓN O INTERVALO DE FECHAS: | PERSONAL CONTRATADO ASIGNADO A ESTA ACTIVIDAD (Nº) | PERSONAL VOLUNTARIO PARTICIPANTE (Nº) |
|-----------|-------------|------------|---|--|---------------------------------------|
| Nº (*)    | Descripción |            |   |  |                                       |
| 1         |             |            |   |  |                                       |
| 2         |             |            |   |  |                                       |
| 3         |             |            |   |  |                                       |

- **Detalle de participantes:**

| APELLIDOS | NOMBRE | D.N.I. | EDAD | TIPO DISCAPACIDAD | GRADO MINUS-VALÍA | LOCALIDAD DEL DOMICILIO HABITUAL | Nº ASIGNADO A LA ACTIVIDAD/ES EN QUE HA PARTICIPADO (*) |
|-----------|--------|--------|------|-------------------|-------------------|----------------------------------|---|
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |

**B.- PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN FINES DE SEMANA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

- Número de personas con discapacidad grave beneficiarias
- Número de familias de personas con discapacidad grave beneficiarias:
- **Actividades de ocio.**

| ACTIVIDAD |             | UBICACIÓN: | FECHA DE REALIZACIÓN O INTERVALO DE FECHAS: | PERSONAL CONTRATADO ASIGNADO A ESTA ACTIVIDAD (Nº) | PERSONAL VOLUNTARIO PARTICIPANTE (Nº) |
|-----------|-------------|------------|---|--|---------------------------------------|
| Nº (*)    | Descripción |            |   |  |                                       |
| 1         |             |            |   |  |                                       |
| 2         |             |            |   |  |                                       |
| 3         |             |            |   |  |                                       |



▪ **Detalle de participantes:**

| APELLIDOS | NOMBRE | D.N.I. | EDAD | TIPO DISCAPACIDAD | GRADO MINUS-VALÍA | LOCALIDAD DEL DOMICILIO HABITUAL | Nº ASIGNADO A LA ACTIVIDAD/ES EN QUE HA PARTICIPADO (*) |
|-----------|--------|--------|------|-------------------|-------------------|----------------------------------|---|
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |

**C) PROGRAMA “ABIERTO POR VACACIONES”.**

- Número de personas con discapacidad grave beneficiarias

- **Lugar de celebración:**
- **Fecha:**
- **Actividades de ocio:**

| ACTIVIDAD |             | UBICACIÓN: | PERSONAL CONTRATADO ASIGNADO A ESTA ACTIVIDAD (Nº) | PERSONAL VOLUNTARIO PARTICIPANTE (Nº) |
|-----------|-------------|------------|--|---------------------------------------|
| Nº (*)    | Descripción |            |  |                                       |
| 1         |             |            |  |                                       |
| 2         |             |            |  |                                       |
| 3         |             |            |  |                                       |

▪ **Detalle de los participantes:**

| APELLIDOS | NOMBRE | D.N.I. | EDAD | TIPO DISCAPACIDAD | GRADO MINUS-VALÍA | LOCALIDAD DEL DOMICILIO HABITUAL |
|-----------|--------|--------|------|-------------------|-------------------|----------------------------------|
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |

**D) PROGRAMA DIRIGIDOS A ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MATRICULADOS EN CENTROS EDUCATIVOS ESPECIALES.**

- Número de personas con discapacidad grave beneficiarias

▪ **Actividades de ocio**

| ACTIVIDAD |             | UBICACIÓN: | FECHA DE REALIZACIÓN O INTERVALO DE FECHAS: | PERSONAL CONTRATADO ASIGNADO A ESTA ACTIVIDAD (Nº) | PERSONAL VOLUNTARIO PARTICIPANTE (Nº) |
|-----------|-------------|------------|---|--|---------------------------------------|
| Nº (*)    | Descripción |            |   |  |                                       |
| 1         |             |            |   |  |                                       |
| 2         |             |            |   |  |                                       |
| 3         |             |            |   |  |                                       |



▪ **Detalle de los participantes**

| APELLIDOS | NOMBRE | D.N.I. | EDAD | TIPO DISCAPACIDAD | GRADO MINUS-VALÍA | LOCALIDAD DEL DOMICILIO HABITUAL | Nº ASIGNADO A LA ACTIVIDAD/ES EN QUE HA PARTICIPADO (*) |
|-----------|--------|--------|------|-------------------|-------------------|----------------------------------|---|
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |
|           |        |        |      |                   |                   |                                  |   |

**4.- PROFESIONALES AFECTOS AL PROGRAMA.**

a. Profesionales que han sido contratados específicamente para el programa:

| APELLIDOS | NOMBRE | TITULACIÓN | PUESTO DE TRABAJO | RELACION JURÍDICA CON LA ENTIDAD |
|-----------|--------|------------|-------------------|----------------------------------|
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |

b. Profesionales que la entidad ha aportado al programa asumiendo el coste a su cargo:

| APELLIDOS | NOMBRE | TITULACIÓN | PUESTO DE TRABAJO | RELACION JURÍDICA CON LA ENTIDAD |
|-----------|--------|------------|-------------------|----------------------------------|
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |
|           |        |            |                   |                                  |

c. Voluntarios/as que han participado en el programa:.....

**RESUMEN**

A) PROCEDENCIA DE LOS BENEFICIARIOS DEL ÁMBITO RURAL, INDICANDO EL NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES:

**MUNICIPIOS SEGÚN SU POBLACIÓN**

De 0 a 1.000 habitantes  
 De 1.001 a 5.000 habitantes  
 De 5.001 a 10.000 habitantes  
 De más de 10.000 habitantes

**Nº DE PARTICIPANTES**

DISCAPACIDAD DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO:

Nº de beneficiarios:

Grado de Discapacidad:

- de 33 a 65 % .....  
 de 65 a 75 %.....  
 de más de 75% .....
- Físicos .....
  - Psíquicos .....
  - Sensoriales .....



**5. OBJETIVOS CONSEGUIDOS.**

**6. SISTEMAS DE DIFUSION Y PUBLICIDAD ADOPTADOS** (adjuntar documento/s gráfico/s que acredite este cumplimiento).

**7. VARIACIÓN ENTRE EL PROYECTO PRESENTADO INICIALMENTE Y LA EJECUCIÓN EFECTIVA DEL MISMO.**

**8. PROBLEMAS OCASIONADOS EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS.**

**9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA O INNOVACIONES PREVISTAS PARA POSTERIORES PROYECTOS.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

**Firma del Representante Legal y sello de la Entidad**