



## **CONSEJERÍA DE SALUD Y POLÍTICA SOCIAL**

*CORRECCIÓN de errores de la Orden de 16 de abril de 2012, por la que se convocan subvenciones a entidades públicas y privadas sin fin de lucro que presten servicios sociales especializados a personas con discapacidad, para el ejercicio 2012. (2012050084)*

Advertido error en el texto de la Orden de 16 de abril de 2012, por la que se convocan subvenciones a entidades públicas y privadas sin fin de lucro que presten servicios sociales especializados a personas con discapacidad, para el ejercicio 2012 (DOE nº 74, de 18 de abril), se procede a su oportuna rectificación:

Los Anexos II y III publicados en las páginas 7780, 7781, 7782 y 7783 se suprime y se sustituyen por los siguientes:



**ANEXO II**  
FICHA DE SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA

<b>Entidad</b>
<b>Centro</b>
<b>RESPONSABLE</b>
<b>DOMICILIO</b>
<b>POBLACIÓN</b>
<b>TELÉFONO Y FAX</b>

**Capacidad Máxima del Servicio** (en función de las infraestructuras):

\_\_\_\_\_ número total.

**PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA** (Detallar las categorías profesionales/especialidades de la plantilla actual)

**OBSERVACIONES:**



**ANEXO II**  
FICHA DE SERVICIO DE HABILITACIÓN FUNCIONAL

<b>Entidad</b>
<b>Centro</b>
<b>RESPONSABLE</b>
<b>DOMICILIO</b>
<b>POBLACIÓN</b>
<b>TELÉFONO Y FAX</b>

**Capacidad Máxima del Servicio** (en función de las infraestructuras):

\_\_\_\_\_ número total.

**PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA** (Detallar las categorías profesionales/especialidades de la plantilla actual)

**TRATAMIENTOS QUE LA ENTIDAD OFERTA**  
(señalar tanto los tratamientos actuales que ofrece como aquellos que en 2012 está dispuesto a prestar)

<b>Fisioterapia</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Psicomotricidad</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Terapia del lenguaje</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Tratamiento psicológico</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Terapia Ocupacional</b>	<input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES:**



**ANEXO II**  
**FICHA DE CENTRO OCUPACIONAL**

<b>Entidad</b>
<b>Centro</b>
<b>RESPONSABLE</b>
<b>DOMICILIO</b>
<b>POBLACIÓN</b>
<b>TELÉFONO Y FAX</b>

**Capacidad Máxima del Servicio** (en función de las infraestructuras):

\_\_\_\_\_ número total.

**PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA**

**TALLERES**

Talleres existentes

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**  
(para los usuarios externos)

**COMEDOR**

**TRANSPORTE**

Detallar los medios con los que cuenta la entidad para la prestación de estos servicios complementarios.

**OBSERVACIONES:**



**ANEXO II**  
FICHA DE CENTRO DE DÍA

<b>Entidad</b>
<b>Centro</b>
<b>RESPONSABLE</b>
<b>DOMICILIO</b>
<b>POBLACIÓN</b>
<b>TELÉFONO Y FAX</b>

**Capacidad Máxima del Servicio** (en función de las infraestructuras):

\_\_\_\_\_ número total.

**PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA**

**TALLERES**

Talleres existentes

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**COMEDOR**

**TRANSPORTE**

Detallar los medios con los que cuenta la entidad para la prestación de estos servicios complementarios

**OBSERVACIONES:**

**ANEXO II**  
FICHA DE CENTRO RESIDENCIAL

<b>Entidad</b>
<b>Centro</b>
<b>RESPONSABLE</b>
<b>DOMICILIO</b>
<b>POBLACIÓN</b>
<b>TELÉFONO Y FAX</b>

**Capacidad Máxima del Servicio** (en función de las infraestructuras):

\_\_\_\_\_ número total.

**PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA**

<b>TIPO DE CENTRO</b>	<b>CAPACIDAD MÁXIMA</b>
Residencia de gravemente afectados	<input type="text"/>
Residencia de adultos	<input type="text"/>
Piso tutelado	<input type="text"/>

**OBSERVACIONES:**

PERIODO DE VACACIONES:  
CERRADO FINES DE SEMANA:

**OBSERVACIONES:**



**ANEXO II**

Entidad: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

**LISTA DE PROFESIONALES**

Nº	Apellidos		Nombre	Puesto de Trabajo			Horas Semanales				Situación actual (1)	
				Grupo	Categoría	At. Temprana	Serv. Habilitac.	C. Ocupacional	C. Día	Residencia		Otros (especificar)
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

Agrupar: 1º por profesionales de atención directa/servicios generales y 2º por categorías.

(1) Situación: alta o sustitución de trabaj. Por baja enfermedad.



**A N E X O   I I I**

**PROGRAMAS QUE INCIDEN EN LA NORMALIZACIÓN**

(La entidad titular podrá concurrir a un máximo de DOS programas. En caso de optar a más de un programa, cada uno de ellos deberá desarrollarse de manera independiente. Se presentará este ANEXO por cada programa de Normalización solicitado).

**NOTA: Extensión máxima del documento 10 páginas.**

ENTIDAD
DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA:

**1. MODALIDAD DE PROGRAMA:**

**A) PROGRAMA DE ORIENTACIÓN E INSERCIÓN LABORAL.**

Programas dirigidos a apoyar, orientar e intervenir en la inserción laboral de personas con discapacidad

- Tipo de discapacidad.....
- Número de personas con discapacidad beneficiarias
- Grado de discapacidad de los beneficiarios:
  - Entre el 33% y 65%
  - Entre el 66% y el 75%
  - Más del 75%

**B) PROGRAMA PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDAD ADULTA E INDEPENDIENTE**

Programas dirigidos a personas que, por su discapacidad y sus habilidades, puedan acceder a una vida mas independiente.( Talleres de economía domestica, cursos de cocina, formalizar contratos, educación sexual...)

- Tipo de discapacidad.....
- Número de personas con discapacidad beneficiarias
- Grado de discapacidad de los beneficiarios:
  - Entre el 33% y 65%
  - Entre el 66% y el 75%
  - Más del 75%

**C) PROGRAMA DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN A LAS FAMILIAS.**

Programas dirigidos a padres de hijos con discapacidad o que se encuentren en situación de padecerla, para orientarles y darles a conocer los recursos existentes en la comunidad y los itinerarios a seguir para la valoración.

- Tipo de discapacidad.....

**D) PROGRAMA DE INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y DE PROMOCIÓN DE LA IMAGEN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

- Tipo de discapacidad.....



**2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

- **Fundamentación**

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

- **Objetivos generales**

*Finalidades principales del proyecto.*

- **Acciones previstas (1)**

*(Cumplimentar según modelo en página siguiente)*

**3. PERÍODO DE EJECUCIÓN**

*Desde ..... hasta ..... de 2012.*

**4. PROFESIONALES AFECTOS AL PROGRAMA**

- a.) **Profesionales que la entidad tiene contratados y destina a la ejecución del programa presentado** : (se aportará copia del TC2 del último mes, señalando los datos de los profesionales que se relacionan a continuación)

PUESTO DE TRABAJO	Cualificación profesional (*)	Jornada laboral	Coste laboral (*) (**)	Funciones

- b) **Profesionales que la entidad contratará para la realización del programa:**

- Fecha que se toma de referencia para la ejecución de las actividades de este personal: \_\_\_\_\_  
(esta fecha deberá ser tenida en cuenta para el cálculo del coste laboral).

PUESTO DE TRABAJO	Cualificación profesional (*)	Jornada laboral	Coste laboral (*) (**)	Funciones

(\*) De acuerdo con el XIII Convenio Colectivo del Sector.

(\*\*) Incluirá el salario bruto y la cuota empresarial de la seguridad social .

- c) **Personal voluntario que contará la entidad para la realización del Programa:**

Cualificación profesional (*)	Funciones

El personal voluntario no recibe retribuciones ni gratificación alguna. Art. 2 de la Ley 1/1998 de 5 de febrero de normas reguladoras del Voluntariado Social en Extremadura.



**5.- DIFUSION**

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

(Máximo desarrollo de este apartado para el caso de los Programas de INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN A LAS FAMILIAS y de INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN Y DE PROMOCIÓN DE LA IMAGEN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD )

**6.- 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 proyecto.

**7.-PRESUPUESTO DETALLADO DEL PROYECTO**

<b><u>INGRESOS</u></b> , según su procedencia:	
-	Consejería de Salud y Política Social:(cuantía solicitada).....
-	Propios: .....
-	Fondos de COFINANCIACION (*). .....
-	Otros (especificar): .....
	<b>TOTAL:</b> <input type="text"/>
<b><u>GASTOS PREVISTOS</u></b>	
-	<b>Gastos de personal:</b> Total personal .....
-	<b>Gastos por actividades</b> (detallar por conceptos) Total actividades .....
-	<b>Otros:</b> ( especificar los gastos que sean consignados en este apartado) Total otros .....
	<b>TOTAL</b> <input type="text"/>
<p>El presupuesto deberá ser cumplimentado en su totalidad. En el caso de que alguna partida no se prevean gastos/ingresos, se consignará con la cuantía de “cero “ euros.</p> <p>(*)Obligatoriedad de consignar este dato cuando el importe del Proyecto supere la cuantía de 100.000 € (art. 40.4 Decreto 62/2012), debiendo acompañarse del “Compromiso formal de cofinanciación”.</p>	

Lugar y Fecha  
(Sello de la Entidad y Firma del Representante Legal)



**ACTUACIONES QUE INCIDEN EN LA NORMALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (1)**

	Descripción de la acción o del tipo de actividad	Tipo de discapacidad para la que está diseñado el programa	Edad de los destinatarios	Fecha aprox.	Lugar de celebración	Presupuesto	Recursos Humanos	Recursos Materiales	Objetivos de la actividad	Horario previsto
<b>1) ACTIVIDAD</b>										
<b>2) ACTIVIDAD</b>										
<b>3) ACTIVIDAD</b>										
<b>4) ACTIVIDAD</b>										

(1) cuando en el diseño del programa ya estén predeterminados los beneficiarios del mismo, se acompañará relación detallada con los siguientes datos: nombre y apellidos, localidad.



**COMPROMISO FORMAL DE COFINANCIACIÓN**

(a presentar únicamente para los proyectos que superen los 100.000 €. Art. 40 Decreto 62/2012)

**D/D<sup>a</sup> ..... Presidente/a de la entidad**

**.....con CIF .....**

**EXPONE**

Que la entidad que presido presenta a la Orden de 16 de Abril de 2012, por la que se convocan subvenciones a entidades públicas y privadas sin fin de lucro que prestan servicios sociales especializados a personas con discapacidad, para el ejercicio 2012, regulado por el Decreto 62/2012, Programa de Normalización..... (denominación del programa) por importe de..... €,

Que de acuerdo con lo establecido en el Art. 40 del citado Decreto, la entidad SE COMPROMETE A COFINANCIAR el mismo en la cuantía de..... € (\*)

Fdo: .....  
(sello de la entidad)

(\*) 5% del importe total del proyecto presentado, cuando su importe total sea igual o superior a 100.000 euros e inferior a 200.000 euros.

10% del importe total del proyecto presentado, cuando su importe sea igual o superior a 200.000 euros.