**ANEXO II**

**Solicitud de ayudas para la ocupación de plazas en centros residenciales ubicados en Castilla-La Mancha y destinados a la atención a personas con trastorno mental grave o a personas con enfermedades crónicas generadoras de exclusión social, gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro, existentes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | |  | | | | | | | |  |
| Código de Identificación Fiscal: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | |  | C.P.: | |  |  | Población: |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF□ NIE□ Número de documento | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | |  | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | |  | Población: | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Datos de la Solicitud** |
| Conforme a lo dispuesto en la convocatoria de ayudas para la ocupación de plazas en centros residenciales ubicados en Castilla-La Mancha y destinados a la atención a personas con trastorno mental grave o a personas con enfermedades crónicas generadoras de exclusión social, gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro, existentes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha,  SOLICITA:  Nº de plazas:  La concesión de una ayuda por importe de…………….……… € |

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Fundacion Sociosanitaria de Castilla-La Mancha con la finalidad de gestionar este expediente. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@fsclm.com

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Documentación**  Las entidades que concurran a la presente convocatoria deberán presentar la siguiente documentación (táchese lo que proceda):  proceda):  SÍ  NO  Copia autenticada de los Estatutos debidamente legalizados y certificación de la inscripción de los mismos en el Registro correspondiente.  SÍ  NO  Documento acreditativo de que la persona que formula la solicitud es el representante legal de la entidad solicitante.  SÍ  NO  Fotocopia del Documento Nacional de Identidad de la persona que presente la solicitud.  Acreditación de hallarse al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias (estatal y autonómica) y de la Seguridad Social, mediante la presentación de los certificados correspondientes.  *(Indique NO, si lo estima conveniente, cuando haya aportado la documentación en anterior convocatoria, siempre que no hayan transcurrido cinco años de la fecha de presentación de los documentos y estos no hayan sufrido modificación de ningún tipo*)  En caso de haber presentado el proyecto para su cofinanciación a otra entidad pública o privada, se hará constar especificando la entidad, cuantía solicitada y, en su caso, concedida.  **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Cumple con todas las prescripciones impuestas por el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.  La entidad carece de fin de lucro.  Dispone de un plan de prevención de riesgos laborales y no ha sido sancionada, en virtud de resolución administrativa o sentencia judicial firme, por falta grave o muy grave en materia de prevención de riesgos laborales, durante el año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud.  Cumple con las obligaciones de información especificadas en la Ley 4/2016, de 15 de diciembre, de transparencia y buen gobierno de Castilla-La Mancha.  La entidad está al corriente en el cumplimiento de las obligaciones por reintegro de subvenciones.  No incurre el interesado *(los administradores de las sociedades mercantiles o aquellos que ostenten la representación legal de la persona jurídica),* en ninguno de los supuestos de incompatibilidad previstos en la Ley 11/2003, de 25 de septiembre del Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha.  Se compromete asimismo a cumplir las restantes condiciones que se especifican en las Bases y convocatoria de esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad.  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de ser propuesto como beneficiario.  Disponer de un centro residencial ubicado en Castilla-La Mancha y destinado a la atención a personas con enfermedad mental grave o a personas con enfermedades crónicas generadoras de exclusión social.  La suma de las ayudas percibidas y solicitadas no supera el 100% del importe del gasto.  Tener la capacidad económica suficiente para financiar la parte del presupuesto del proyecto que no resulte beneficiado.  El representante legal de la entidad no incurre en ninguna de las causas de prohibición establecidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y no se encuentra en supuestos de incompatibilidad regulados en la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha.  Que los documentos que acreditan que la persona que formula la solicitud es el representante legal de la entidad solicitante y los estatutos, debidamente legalizados con la certificación de inscripción en el registro correspondiente, han sido aportados en convocatorias anteriores para la misma finalidad (procedimiento n.º del año), hallándose vigentes los datos contenidos en ellos.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de concesión de ayuda o subvención, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA AYUDA** |
| **Nombre de la entidad bancaria………………………………………..**  **Domicilio……………………………………………………..**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | IBAN | | | | Código entidad | | | | Sucursal | | | | DC | | Nº de cuenta | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**En ...................., a …………. de …………………. de 201**

**Firma:**

|  |
| --- |
| **SRA. SECRETARIA DEL PATRONATO DE LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA.- DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.-** Huérfanos Cristinos, 5, 3ª planta.- 45003 TOLEDO |