**ANEXO II. Certificado de percepción o no de otras subvenciones o ayudas**

D/Dª.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CON D.N.I.: ,COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CERTIFICO:**

* Que la Entidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no ha percibido subvención o ayuda, de otra Administración o Ente Público o Privado, nacional o internacional, para el desarrollo del Programa Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de personas con problemas de salud mental.
* Que la Entidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha percibido la siguiente información complementaria para el desarrollo del Programa Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de personas con problemas de salud mental, las cuales se detallan a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE AYUDA** | **ORGANISMO CONCESOR** | **CUANTÍA** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Con referencia a la Ayuda indicada, hago constar:

* Tal y como se informó en el Anexo I presentado en la Convocatoria de Ayudas para Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de personas con problemas de salud mental (DOCLM de 27/12/17), dicha ayuda financia el gasto total del recurso.
* La Ayuda comunicada financiará el gasto imputable a la cantidad aportada por la Fundación Sociosanitaria de CLM en concepto de ayuda y por tanto, se deducirá de las últimas mensualidades a ingresar o recibir de la Fundación.

 Y para que así conste, expido el presente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ del año dos mil dieciocho.

Firmado

D/ Dª.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal de la Entidad