**PROYECTO PARA EL QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓNPARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS ADICTIVOS 2020**

***NOTA***

*El proyecto deberá ceñirse al formato establecido en este documento y con la extensión referida en el mismo. El formato se presentará con interlineado de 1,5 y tipo de letra Arial o Calibri de tamaño 10.*

*Leed con atención las indicaciones dadas en cada uno de los apartados y rellenad conforme a las mismas.*

***ESTA HOJA NO SE HA DE ADJUNTAR***

***SE INCLUIRÁ UNA PORTADA QUE CONTENDRÁ:***

***EL NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE PRESENTA EL PROYECTO,***

***EL NOMBRE DEL PROYECTO***

***LA LINEA-PROGRAMA-ACTUACIÓN PARA LA QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓN***

**PROYECTO PARA EL QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓNPARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS ADICTIVOS 2020**

**LÍNEA 1. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL**

**Programa:**

**Actuación/es:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Responsable técnico** |  | | |
| **Categoría profesional** |  | | |
| **Vinculación con la entidad** |  | | |
| **Teléfono de contacto** |  | **Correo electrónico** |  |

**ENTIDAD (DATOS IDENTIFICATIVOS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad** |  | | | | | | | | |
| **NIF** |  | | | | | | | | |
| **Domicilio sede** |  | | | | | | | | |
| **Código Postal** |  | | **Localidad** | | | |  | | |
| **Teléfono fijo** |  | | **Teléfono móvil** | | | |  | | |
| **Domicilio de notificaciones** |  | | | | | | | | |
| **Correo electrónico** |  | | | | **Web** |  | | | |
| **Presidente/a** |  | | | | | | | | |
| **Año desde que ocupa el cargo** |  | **Nº miembros Junta Directiva** | | | | | | |  |
| **Año creación entidad** |  | **Año última modificación estatutos** | | | | | | |  |
| **Ámbito territorial** |  | | | | | | | | |
| **Nº trabajadores/as** |  | | | **Nº voluntarios/as** | | | |  | |
| **La entidad gestiona un dispositivo de rehabilitación psicosocial y laboral (especificar si la respuesta es Sí)** |  | | | | | | | | |

**A) VALORACIÓN DE LA ENTIDAD (Puntuación máxima de 15 puntos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A.1. Tipología de la Entidad** | **Nombre** | **Número de socios** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A.2. Imagen social. Acreditaciones o certificados de calidad y premios o reconocimientos en los últimos 5 años.** | | |
| **Nombre** | **Entidad que concede** | **Año concesión** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A.3. Experiencia en realización de actividades de naturaleza análoga o similar en años anteriores.** | |
| **Actividad/es de naturaleza análoga (especificar):** | **Año:** |

**CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA DEL PROYECTO DE GESTIÓN**

**B) RELEVANCIA ESTRATÉGICA, OBJETIVOS, CONTENIDO TÉCNICO, METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN.**

**1.-RELEVANCIA DE LOS OBJETIVOS Y COMPLEMENTARIEDAD CON LAS LÍNEAS DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018/2025.**

* Objetivo/s generales:
* Objetivos específicos:
* Línea/s de Plan de Salud Mental CLM 2018/2025 con las que se corresponden cada uno de los objetivos planteados:

**2.-CONTENIDOS TÉCNICOS. TIPOLOGÍA DE ACTUACIÓN Y METODOLOGÍA. (Extensión máxima: 5 páginas)** *Si el proyecto contempla el desarrollo de más de una actuación de las descritas en cada programa en la Base Tercera, añadir tantos cuadros como actuaciones se propongan desarrollar.*

* Actuación:
* Contenidos y actividades (descripción breve):
* Cronograma:
* Horarios:
* Recursos materiales necesarios:
* Recursos Humanos:

**3.- PERSPECTIVA DE GÉNERO**

* Detallar las actuaciones del proyecto que incluyen la perspectiva de género.

**4.-EVALUACIÓN DEL PROYECTO**

*Si el proyecto contempla el desarrollo de más de una actuación de las descritas en cada programa en la Base Tercera, añadir tantas filas como actuaciones se propongan desarrollar.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actuación/es** | **Resultados esperados** | **Indicador** | **Estándar** |
|  |  |  |  |

**C) PORCENTAJE DE COFINANCIACIÓN QUE APORTA LA ENTIDAD**

***Con el importe de la subvención se podrá financiar hasta el 90 % del coste total del proyecto presentado.***

******

1. Gasto del proyecto que se solicita sea financiado con la subvención concedida por la Fundación.
2. Gasto del proyecto que se solicita sea financiado con otras fuentes de ingreso de la entidad beneficiaria.

**D) PERSONAL DEDICADO AL PROYECTO: ADECUACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL, PERIODO DE CONTRATACIÓN Y HORARIOS.**

**Convenio Colectivo de aplicación:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Apellidos** | **Perfil profesional** | **Categoría profesional** | **Periodo contratación (en meses)** | **Horario-Jornada laboral semanal\*** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Apellidos** | **Salario bruto anual** | **Seguridad Social** | **Coste total** | **% Imputable subvención solicitada** |
|  |  |  |  |  |  |

**(\*)**: *Se deberá especificar por cada uno de los trabajadores/as adscritos a los programas las horas semanales de contrato por profesional.*

**E) PARTICIPACIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LAS ACTIVIDADES.**

* Participación de personas con problemas de salud mental (SI/NO):
* Breve descripción de la participación:

**F) COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD CON LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.**

* Coordinación externa: (indicar servicios/profesionales de la red pública de salud mental, frecuencia, lugar, etc.)
* Breve descripción de la complementariedad con la red de salud mental:

**G) ZONA PRIORITARIA, ALCANCE, COBERTURA TERRITORIAL Y Nº POTENCIALES BENEFICIARIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zona/s de desarrollo del proyecto (localidad/es, provincia/s)** | **Zona geográfica prioritaria. Indicar: Sí o No** | **Nº estimado de personas beneficiarias** |
|  |  |  |

En ………………., a …. de ……………………. de 2020

Firma.: …………………………………………

**SRA. SECRETARIA DEL PATRONATO DE LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA.**  C/Huérfanos Cristinos, 5, 3ª planta. 45003 TOLEDO