**PROYECTO PARA EL QUE SOLICITA SUBVENCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y OTROS 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 Y EL PROGRAMA PARA LA QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓN***

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

**LÍNEA 2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS DE CASTILLA-LA MANCHA, PARA PERSONAS RECLUSAS QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE ADICCIONES.**

**Programa de Intervención ambulatoria/centro de día**. (Marcar con una x el Centro/s para el/los que presenta el Proyecto, en caso de presentarse a las dos modalidades, se presentarán proyectos independientes).

* Centro Penitenciario Albacete
* Centro Penitenciario Alcázar de San Juan
* Centro Penitenciario Cuenca
* Centro Penitenciario Herrera de la Mancha
* Centro Penitenciario Ocaña I
* Centro Penitenciario Ocaña II

**Programa de Intervención en la Unidad Terapéutico-Educativa**

* Centro Penitenciario Herrera de la Mancha

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable técnico del proyecto** |  | | | | |
| **Categoría profesional** |  |  |  |  |  |
| **Teléfono de contacto** |  |  |  |  |  |
| **Correo electrónico** |  |  |  |  |  |

**ENTIDAD**

**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** | |  | |

1. **CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA ENTIDAD**

**A.1. Experiencia en realización de actividades de naturaleza análoga o similar en años anteriores** (Especificar las actividades realizadas)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº años de antigüedad en la realización actividades** |  |

**A.2. Acreditaciones de calidad o innovación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la acreditación** | **Entidad que acredita** | **Año de la acreditación** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**A.3. Actividades de formación, docencia e investigación en los últimos cinco años.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la actividad** | **Tipo (formación recibida/docencia impartida/investigación)** | **Fecha/s en las que se ha desarrollado la actividad** | **Participantes** | **Lugar de desarrollo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**A.4. Imagen social de la entidad (voluntariado, premios, reconocimientos recibidos, etc.):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa de voluntariado (Sí/No)** | **Nº de voluntarios/as** | **Fecha/s de desarrollo del programa** | **Actividades desarrolladas (enumeración breve)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del premio/reconocimiento recibido** | **Fecha** | **Entidad que otorga el premio/reconocimiento** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA DEL PROYECTO**

**B.1. Definición y presentación del proyecto en función de su adecuación a las necesidades de la población atendida.**

* **Descripción y análisis de las necesidades de la población a atender.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº estimado de personas beneficiarias en 2020 | | | |
| Centro Penitenciario | Población penitenciaria (N) | Nº de personas potenciales beneficiaras | Porcentaje |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Descripción de los marcos teóricos sobre los que se basa el proceso de atención.**
* **Medios técnicos, infraestructuras y espacios. (En caso de que se presente a más de un Centro Penitenciario, desglosar).**

**B.2. Definición del proyecto. Programas y actividades.** Descripción de los programas y actividades desarrolladas en cada una de los programas: objetivo/s principales, contenidos, metodología, profesionales participantes y criterios de evaluación del programa/actividad.

* **Descripción de programas y actividades**
* **Sistemas de coordinación interna y externa**

**B.3. Proceso de atención a desarrollar**

* **Organización proceso de atención individualizado por fases.** Identificar y describir brevemente las fases del proceso de atención, metodología empleada en cada una de ellas.
* **Factores clave del proceso de atención y en cada una de sus fases.** Identificación de “buenas prácticas” y/o elementos técnicos incorporados de carácter estratégico en la mejora de la atención y consecución de resultados.

**B.4. Organización, distribución y coordinación de tareas y funciones del equipo.**

* **Nº y perfil de profesionales.** Justificación del equipo de profesionales en relación al nº de personas a atender y al centro/lugar de la intervención.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relación nominal de los profesionales adscritos al recurso** | | | | |
| **Nombre y apellidos** | **Categoría profesional** | **Centro de trabajo** | **Jornada laboral**  **horas /semana** | **Fecha de antigüedad** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Funciones de los profesionales.** Describir brevemente las principales funciones de cada una de las categorías profesionales incluidas en el recurso.
* **Organización, gestión y coordinación interna del equipo**. Describir las principales estrategias de coordinación interna del equipo de profesionales, tipología de reuniones, profesionales que participan, contenidos, frecuencia, etc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de reunión** | **Contenidos** | **Frecuencia** | **Participantes** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**B.5. Proceso de evaluación global del proyecto.**

* Describir las principales áreas de evaluación del recurso, metodología, instrumentos, indicadores y frecuencia de la evaluación.
* Resultados claves obtenidos en los últimos tres años (i.e altas por cumplimiento, satisfacción, y todas aquellas imputables al proyecto).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Resultados clave** | **Año 2019** | **Año 2018** | **Año 2019** |
| **Resultado** | **Resultado** | **Resultado** |
| **Altas por cumplimiento de objetivos** |  |  |  |
| **Satisfacción del centro** |  |  |  |
| **Otros resultados clave** evaluados en el recurso |  |  |  |

**C) PRESUPUESTO ESTIMADO.**

**C.1. Costes de personal, de las actividades, gastos de gestión y administración ajustados al contenido del proyecto.**

**C.2. Aportaciones que realizan las entidades beneficiarias para el desarrollo de la actividad o del servicio con fondos propios y/o provenientes de otras instituciones.**

Especificar el presupuesto general necesario para el programa, incluyendo un desglose general del mismo:

**Recursos Humanos**

***Convenio Laboral 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.*

***Presupuesto:***

***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) CONSIDERACIÓN DE ZONA PRIORITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA.**

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

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