**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS RECLUSAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS EN CENTROS PENITENCIARIOS DE CASTILLA-LA MANCHA 2025**

**NOMBRE DE LA ENTIDAD:**

**NOMBRE DEL PROYECTO:**

**LINEA PARA LA QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓN:**

**PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS RECLUSAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS 2025**

**centro penitenciario para el que presenta el proyecto:**

**LINEA:** (Recuerde que son líneas excluyentes)

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro Penitenciario** |  |
| **Domicilio** |  |
| **Localidad** |  |
| **Código Postal** |  |
| **Teléfono fijo** |  |
| **Director/a** |  |
| **Subdirección de tratamiento (Titular)** |  |
| **Subdirección médica (Titular)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Promedio de personas internas en el centro Penitenciario para el que se presenta el proyecto** | | |
| **Nº de personas** | | **Fuente del dato** |
| >de 350 |  | |
| De 200 a 350 |  | |
| Menos de 200 |  | |

**¿CUENTA CON LA PRECEPTIVA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PENITENCIARIO PARA EL QUE PRESENTA ESTE PROYECTO?**

SI NO

(No olvide adjuntarla al proyecto)

**DATOS DE LA ENTIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Entidad** |  |
| **NIF** |  |
| **Domicilio sede** |  |
| **Localidad** |  |
| **Código Postal** |  |
| **Teléfono fijo** |  |
| **Teléfono móvil** |  |
| **Domicilio de notificaciones** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Web** |  |
| **Presidente/a** |  |
| **Año desde que ocupa el cargo** |  |
| **Nº miembros Junta Directiva** |  |
| **Año última modificación estatutos** |  |
| **Nº trabajadores/as** |  |
| **Nº voluntarios/as** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable técnico/a** |  |
| **Categoría profesional** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA ENTIDAD**

1. **IMPLANTACIÓN Y CAPACIDAD DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.1. TIPOLOGÍA DE LA ENTIDAD** |  | | |
| **Ámbito Territorial** | Estatal Regional Supra-provincial Provincial Comarcal  Local | | |
| **Número de personas asociadas o afiliadas en Castilla-La Mancha** | Hombres: | Mujeres: | Total: |

|  |  |
| --- | --- |
| **A.2. CALIDAD EN LA GESTIÓN. Acreditaciones y/o certificados de calidad** | |
| **La entidad dispone de sistemas de gestión de calidad en vigor** | |
| Norma ONG con calidad | Periodo de vigencia: |
| UNE-EN ISO 9001 | Periodo de vigencia: |
| EFQM | Periodo de vigencia: |
| Otras certificaciones (Detallar): | Periodo de vigencia: |

**A. 3. IMAGEN SOCIAL DE LA ENTIDAD.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.3.1. Premios y reconocimientos desde su constitución (*Acreditar*)** | | | | |
| **Nombre del premio** | **Colectivo al que va dirigida la actuación premiada.** | **Entidad que concede** | **Ámbito (Internacional, nacional, regional, local)** | **Año concesión** |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre del reconocimiento** | **Colectivo al que va dirigida la actuación reconocida** | **Entidad que concede** | **Ámbito (Internacional, nacional, regional, local)** | **Año concesión** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.3.2.Difusión de resultados de actuaciones de naturaleza análoga o similar realizadas por la entidad en jornadas profesionales, congresos y/o en publicaciones científicas (*Acreditar*)** | | | |
| **Nombre de la actividad de difusión** | **Tipo (congresos, jornadas, publicación científica)** | **Fecha de realización** | **Lugar de desarrollo** |
|  |  |  |  |

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

**B. IDONEIDAD Y PERTINENCIA DEL PROYECTO**

**B.1. ALINEACIÓN DEL PROYECTO Y COHERENCIA TÉCNICA DEL PROGRAMA PRESENTADO, CON LA LÍNEA A LA QUE SE PRESENTA Y CON EL CONTEXTO PENITENCIARIO.**

**B.2.IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES SOBRE LAS QUE SE VA A INTERVENIR.**

**B.3. COBERTURA DEL PROYECTO Y DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B.3.1. Nº de potenciales personas beneficiarias** | **Hombres:** | **Mujeres:** | **Total:** |

**B.3.2. Complementariedad del Programa dentro y fuera del Centro.**

**B.4. PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

**C. CALIDAD TÉCNICA DEL PROYECTO**

**C.1. MARCOS TEÓRICOS DE REFERENCIA QUE ORIENTAN LAS ACTUACIONES Y/O ACTIVIDADES DEL PROYECTO. COHERENCIA DEL PROYECTO CON MODELOS ACTUALES DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.**

**C.2. DISEÑO DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Necesidad 1:** |  |
| **Objetivos** | **Resultados esperados** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Necesidad 2:** |  |
| **Objetivos** | **Resultados esperados** |
|  |  |
|  |  |

**C.3. CARTERA DE SERVICIOS**

**C.3.1. Planificación y despliegue de los servicios y programas a desarrollar en el Centro Penitenciario en función de las necesidades de las personas beneficiarias.**

**C.3.2. Implementación de programas basados en la evidencia científica y recomendaciones actuales en el ámbito de las adicciones.**

**C.4. ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS ENCAMINADAS A FAVORECER LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN. EL TRÁNSITO HACIA LA VIDA FUERA DE LA PRISIÓN. TEMPORALIZACIÓN, REQUISITOS, INTERVENCIÓN (CONTEXTOS EN LOS QUE SE TRABAJA).**

**C.5. SOLVENCIA TÉCNICA**

**C.5.1. El perfil profesional, horario y jornada laboral. Relación nominal de los/las profesionales adscritos al proyecto.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relación nominal de las/los profesionales adscritos al recurso** | | | | | | | | |
| **Nombre y apellidos** | **Sexo** | **Edad** | **Titulación** | **Categoría profesional** | **Grupo Profesional** | **Jornada laboral**  **Horario** | **Tipo de contratación** | **Nº trienios** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C.5.2. Actualización de competencias profesionales en el ámbito de las adicciones en las últimas anualidades.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Profesional** | **Curso** | **Nº de horas** | **Organiza** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |

**C.5.3. Estrategia de gestión de profesionales. Actuaciones sobre el clima laboral, ambiente terapéutico y bienestar del equipo de profesionales.**

**C.5.4 La estrategia de coordinación interna.**

**C.6. RECURSOS MATERIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DISPONIBLES** | |
| **Nº** | **Detalle** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A ADQUIRIR** | |
| **Nº** | **Detalle** |
|  |  |

**C.7. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

**C.8. ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN EXTERNA**

**D. FINANCIACIÓN ADICIONAL**

**D.1. ADECUACIÓN DEL PRESUPUESTO.**

**Presupuesto:**

******

**Recursos Humanos**

**Convenio laboral de aplicación:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Titulación** | **Categoría profesional** | **Grupo Profesional** | **Jornada laboral \*** | **Salario Bruto anual** | **Coste Seguridad Social** | **Importe anual trienios** | **Nº**  **trienios** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***(\*): Especificar número de horas semanales***

**D.2. PORCENTAJE DE FINANCIACIÓN QUE APORTA LA ENTIDAD CON FONDOS PROPIOS, PRIVADOS O DERIVADOS DE OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PÚBLICAS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fuente de financiación** | **Cuantía** | **% sobre el total del coste del proyecto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTE SOLICITADO A LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA** |  |

**E. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN ZONAS GEOGRÁFICAS DE CASTILLA-LA MANCHA CON CONSIDERACIÓN DE PRIORITARIAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Municipio de ubicación del Centro Penitenciario:** |  |

En………………., a…. de……………………. de 202X

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**SRA. SECRETARIA DEL PATRONATO DE LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA. DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCION SOCIOSANITARIA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD.**

Avda. Francia, 4 Torre II. 45005 TOLEDO