**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL 2025**

**NOMBRE DE LA ENTIDAD:**

**NOMBRE DEL PROYECTO:**

**PROGRAMA PARA EL QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓN:**

**PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL 2025**

**Programa:**

**ACTUACIÓN/es:**

**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** |  |
| **La entidad gestiona un dispositivo de rehabilitación psicosocial y laboral (especificar si la respuesta es Sí)** |  |
| **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**

1. **IDONEIDAD Y PERTINENCIA DEL PROYECTO.**

**B.1. ALINEACIÓN DEL PROYECTO CON EL PROGRAMA AL QUE SE CONCURRE.**

**¿Requiere el proyecto de la conformidad y/o apoyo del servicio/s competente/s?**

[ ]  Si

[ ]  No

**En caso afirmativo, ¿Cuenta con la conformidad y/o apoyo del servicio/s competente/s? Especificar.**

**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. Contexto de desarrollo del proyecto. Cobertura territorial** | [ ] Regional [ ] Supraprovincial [ ] Provincial [ ] Comarcal [ ] Local |

**Descripción de las personas destinatarias. Características del perfil y criterios de selección.**

1. **CALIDAD TÉCNICA DEL PROYECTO**

**C.1. COHERENCIA DE LOS PROGRAMAS PRESENTADOS CON MODELOS ACTUALES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL.**

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

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

**C.3. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA.**

|  |
| --- |
| **Actividad:** |
| **Necesidad a la que da respuesta:** |
| **Descripción (breve):** |
| **Metodología:** |
| **Colectivo/s al que va dirigido/s:** |
| **Nº de potenciales beneficiarios:** |
| **Profesional/es:** |
| **Horario:** |
| **Localización/es:** |

***Cumplimentar una tabla por cada actividad***

**Cronograma**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Fecha inicio** | **Fecha Fin** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**C.4. SOLVENCIA TÉCNICA.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Perfil profesional** | **Formación relacionada con la actividad** |
|  |  |  |

**Equipo profesional vinculado al proyecto:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Sexo** | **Edad** | **Titulación** | **Categoría profesional** | **Grupo profesional**  | **Periodo contratación (en meses)** | **Horario Jornada Laboral** | **Tipo Contrato**  | **Nº Trienios** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Convenio laboral de aplicación:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Apellidos** | **Salario bruto anual** | **Importe Trienios** | **Seguridad Social** | **Coste total Anual**  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **El/la profesional está imputado en otro proyecto o Convocatoria (SI/NO)** | **Nombre del otro proyecto o convocatoria (en su caso)** |
|  |  |

**C.5. RECURSOS MATERIALES.**

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

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

**C.6. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO.**

|  |
| --- |
| **Proceso de evaluación planteado para el seguimiento de la ejecución de las actividades** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivo |  |
| Resultados esperados \* |  |
| Indicador |  |
| Estándar |  |

|  |
| --- |
| **Proceso de participación de las potenciales personas beneficiarias en la evaluación del proyecto** |
|  |

**C.7. ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN EXTERNA.**

1. **PORCENTAJE DE FINANCIACIÓN QUE APORTA LA ENTIDAD CON FONDOS PROPIOS O PRIVADOS**

**Presupuesto del proyecto**

******

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.

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

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

1. **PROYECTOS DESARROLLADOS EN ZONAS GEOGRÁFICAS DE CASTILLA-LA MANCHA CON CONSIDERACIÓN DE PRIORITARIAS SEGÚN LOS CRITERIOS RECOGIDOS EN LA LEY 5/2017 DE 30 DE NOVIEMBRE.**

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

1. **PUNTUACIÓN ADICIONAL.** Vinculada con los artículos 12 y 13 de la Ley 2/2021, de 7 de mayo de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla-La Mancha.

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios de valoración** | **Relación de municipios o núcleos de población en los que se desarrolla alguna de las actuaciones del proyecto** |
| El proyecto se desarrolla en municipios o núcleos de población definidos como zonas en riesgo de despoblación y en los municipios o núcleos de población de más de 2.000 habitantes, definidos como zonas de intensa despoblación. |  |
| El proyecto se desarrolla en municipios o núcleos de población de menos de 2.000 habitantes definidos como zonas de intensa despoblación y en los municipios o núcleos de población de más de 2.000 habitantes definidos como zonas de extrema despoblación. |  |
| El proyecto se desarrolla en municipios o núcleos de población de menos de 2.000 habitantes definidos como zonas de extrema despoblación. |  |

En………………., a……. de……………………. de 2025

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