

## JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD M-9B9G-5@

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

## SOLICITUD

## SUBVENCIÓN/ES DE LA CONSEJERÍA DE SALUD M-9B9G-5@ PARA FINANCIAR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

## LÍNEA DE LA SUBVENCIÓN: PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA A MENORES CON TRASTORNOS EN EL DESARROLLO O RIESGO DE PADECERLOS

## CONVOCATORIA/EJERCICIO:

de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha .....)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE								
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				SEXO:	DNI/NIE/NIF:			
				<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> M			
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						DNI/NIE/NIF:		
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:								
DOMICILIO: TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			PAÍS:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				

2 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS							
Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que, en su caso, proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notific@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.							
<input type="checkbox"/>	AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@.						
<input type="checkbox"/>	AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica segura en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.						
Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Apellidos y nombre:				DNI:			
Correo electrónico:							
Nº móvil:							

3 DATOS BANCARIOS							
Código Entidad	_____	Código Sucursal	_____	Dígito Control	_____	Nº Cuenta	_____
Entidad:							
Domicilio:							
Localidad:				Provincia:		C. Postal:	

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA							
DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:							
<input type="checkbox"/>	Cumplio los requisitos exigidos para obtener la condición de persona beneficiaria, y me comprometo a aportar, en el trámite de audiencia, la documentación exigida en las bases reguladoras.						
<input type="checkbox"/>	No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.						
<input type="checkbox"/>	He solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.						

## 4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)

**Solicitadas**

Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
		€	
		€	
		€	

**Concedidas**

Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	Minimis (en su caso) (S/N)
		€	
		€	
		€	

No me hallo incursa en ninguna de las prohibiciones contempladas en las bases reguladoras.

Otra/s (especificar): \_\_\_\_\_

Reúno todos los requisitos previstos en el Capítulo I del Título II de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las Entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo

Me **COMPROMETO** a cumplir las obligaciones exigidas por la normativa de aplicación y **SOLICITO** la concesión de la subvención por un importe de \_\_\_\_\_ euros.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_

ILMA. SRA. SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA, INCLUSIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado "Gestión de Subvenciones de la Consejería de Salud". Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la adecuada tramitación de las subvenciones. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida de la Consejería de Salud y Bienestar Social. Avda. de la Innovación, s/n (Edif. Arena I) 41020 SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 120.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

<b>5</b>	<b>DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN</b>		
<b>5.1</b>	<b>PROGRAMAS DE ACTIVIDADES SOBRE LAS SIGUIENTES ÁREAS</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a) Motora <input type="checkbox"/></li> <li>- b) Cognitiva <input type="checkbox"/></li> <li>- c) Comunicación <input type="checkbox"/></li> <li>- d) Social <input type="checkbox"/></li> <li>- e) Familia y entorno <input type="checkbox"/></li> </ul>		
<b>5.2</b>	<b>PLAZAS</b>		
NÚMERO TOTAL DE PLAZAS: .....			
Se calculará multiplicando el número de profesionales con actividad directa por 25			
<b>5.3</b>	<b>RECURSOS Y PRESUPUESTOS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES</b>		
<b>5.3.1</b>	<b>RECURSOS HUMANOS: PERSONAL TÉCNICO CON ACTIVIDAD DIRECTA</b>		
NÚMERO	TITULACIÓN	HORAS DE INTERVENCIÓN DIRECTA / SEMANALES	PRESUPUESTO ANUAL
TOTAL DE HORAS SEMANALES: .....			
SUBTOTAL			..... €

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

<b>5</b>	<b>DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN. (Continuación)</b>		
<b>5.3.2 OTROS RECURSOS HUMANOS: PERSONAL DE APOYO</b>			
NÚMERO	ACTIVIDAD	DEDICACIÓN HORAS/SEMANALES	PRESUPUESTO ANUAL
		SUBTOTAL	.....€
<b>5.3.3 PRESUPUESTO TOTAL DEL PROGRAMA EN RECURSOS HUMANOS</b>			
TOTAL .....€			
<b>5.3.4 IMPORTE SOLICITADO</b>			
TOTAL .....€			
<b>5.3.5 FINANCIACIÓN CON RECURSOS PROPIOS</b>			
TOTAL .....€			
<b>5.4 RECURSOS MATERIALES</b>			
Enumeración de mobiliario, equipos y material específico para el tratamiento individual, que garantice la calidad de los programas:			
.....			
.....			
.....			

6	<b>CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS</b> (Cumplimentar este apartado siguiendo el orden decreciente de importancia establecido en las bases reguladoras, se adjuntarán tantas copias de la presente hoja como sea necesario).
<b>CRITERIO .....</b> : <small>(Somera descripción del criterio)</small>	
<p>1) Zona de influencia de la Entidad: <b>TOTAL MÁXIMO: 3,5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin cobertura por centros de las mismas características en el área de influencia: <input type="checkbox"/></li> <li>- Cobertura insuficiente por otros centros en el área de influencia: <input type="checkbox"/></li> <li>- Cobertura completa en el área de influencia: <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>2) Ratio profesional/menor: <b>TOTAL MÁXIMO: 1,75</b></p> <p>1/20: <input type="checkbox"/>      1/21: <input type="checkbox"/>      1/22: <input type="checkbox"/>      1/23: <input type="checkbox"/>      1/24: <input type="checkbox"/>      1/25: <input type="checkbox"/></p> <p>3) Horas intervención/semanal: <b>TOTAL MÁXIMO: 1,75</b></p> <p>Hasta 1h 25: <input type="checkbox"/>      Superior a 1h 25 hasta 1h 30: <input type="checkbox"/>      Superior a 1h 30 hasta 1h 35: <input type="checkbox"/>      Superior a 1h 35 hasta 1h 40: <input type="checkbox"/>      Superior a 1h 40 hasta 1h 45: <input type="checkbox"/>      Superior a 1h 45: <input type="checkbox"/></p> <p>4) Los programas comprenden acciones de atención e intervención familiar: <b>TOTAL MÁXIMO: 1</b></p> <p>a. NO: <input type="checkbox"/>      b. SI: <input type="checkbox"/></p> <p>La intervención con la familia, en su caso, se produce mediante <sup>(1)</sup>: <b>TOTAL MÁXIMO: 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sesiones de trabajo grupales: <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Sesiones de trabajo individual: <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>5) Se contempla reunión de coordinación con otros Sistemas <sup>(1)</sup>: <b>TOTAL MÁXIMO: 0,5</b></p> <p>a. Sanitario</p> <p>I Mensual <input type="checkbox"/>      II Trimestral <input type="checkbox"/>      III Semestral <input type="checkbox"/>      IV Anual <input type="checkbox"/></p> <p>b. Educativo</p> <p>I Mensual <input type="checkbox"/>      II Trimestral <input type="checkbox"/>      III Semestral <input type="checkbox"/>      IV Anual <input type="checkbox"/></p> <p>c. Servicios Sociales</p> <p>I Mensual <input type="checkbox"/>      II Trimestral <input type="checkbox"/>      III Semestral <input type="checkbox"/>      IV Anual <input type="checkbox"/></p> <p>6) Dispone de un Plan de Calidad que contempla un Plan de Formación Continuada <sup>(1)</sup>:  <b>TOTAL MÁXIMO: 0,5</b></p> <p>a. Interna</p> <p>I Semanal <input type="checkbox"/>      II Mensual <input type="checkbox"/>      III Trimestral <input type="checkbox"/>      IV Semestral <input type="checkbox"/>      V Anual <input type="checkbox"/></p> <p>b. Externa</p> <p>II Trimestral <input type="checkbox"/>      III Semestral <input type="checkbox"/>      IV Anual <input type="checkbox"/></p> <p>(1) No excluyentes</p>	