

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIÓN/ES DE LA CONSEJERÍA DE SALUD 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: ☐ V ☐ M		DNI/NIE/NIF:			
DOMICILIO: TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:		KM. VÍA:		NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:		PUERTA:
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:	PISO:		PUERTA:
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. ☐ AUTORIZO como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección segura en el Sistema de Notificaciones Notific@. ☐ 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 País Código Entidad Código Sucursal Dígito Control N° 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: ☐ Cumpro 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. ☐ No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud. ☐ 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 incurso 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 ----- de -----

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.: -----

ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

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 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 parcialmente 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 y Consumo de la Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, s/n (Edif. Arena I) 41020 SEVILLA.

La presentación de la 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 competente en materia de Hacienda 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, así como en los demás casos en que una norma con rango de ley lo haya establecido, efectuándose de oficio por el órgano gestor las correspondientes comprobaciones.

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5	DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA LA SUBVENCIÓN		
5.1	PROGRAMAS DE ACTIVIDADES SOBRE LAS SIGUIENTES ÁREAS		
- a) Motora ☐ - b) Cognitiva ☐ - c) Comunicación ☐ - d) Social ☐ - e) Familia y entorno ☐			
5.2	PLAZAS		
NÚMERO TOTAL DE PLAZAS:			
Se calculará multiplicando el número de profesionales con actividad directa por 25			
5.3	RECURSOS Y PRESUPUESTOS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES		
5.3.1	RECURSOS HUMANOS: PERSONAL TÉCNICO CON ACTIVIDAD DIRECTA		
NÚMERO	TITULACIÓN	HORAS DE INTERVENCIÓN DIRECTA / SEMANALES	PRESUPUESTO ANUAL
TOTAL DE HORAS SEMANALES:			€
SUBTOTAL			

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

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

6

CRITERIOS DE VALORACIÓN: INFORMACIÓN Y DATOS NECESARIOS PARA APLICARLOS (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).

CRITERIO

(Somera descripción del criterio)

1) Zona de influencia de la Entidad: **TOTAL MÁXIMO: 3,5**

- Sin cobertura por centros de las mismas características en el área de influencia: ☐
- Cobertura insuficiente por otros centros en el área de influencia: ☐
- Cobertura completa en el área de influencia: ☐

2) Ratio profesional/menor: **TOTAL MÁXIMO: 1,75**

- 1/20: ☐
- 1/21: ☐
- 1/22: ☐
- 1/23: ☐
- 1/24: ☐
- 1/25: ☐

3) Horas intervención/semanal: **TOTAL MÁXIMO: 1,75**

- Hasta 1h 25: ☐
- Superior a 1h 25 hasta 1h 30: ☐
- Superior a 1h 30 hasta 1h 35: ☐
- Superior a 1h 35 hasta 1h 40: ☐
- Superior a 1h 40 hasta 1h 45: ☐
- Superior a 1h 45: ☐

4) Los programas comprenden acciones de atención e intervención familiar: **TOTAL MÁXIMO: 1**

- a. NO: ☐
- b. SI: ☐

La intervención con la familia, en su caso, se produce mediante ⁽¹⁾: **TOTAL MÁXIMO: 1**

- Sesiones de trabajo grupales: ☐
- Sesiones de trabajo individual: ☐

5) Se contempla reunión de coordinación con otros Sistemas ⁽¹⁾: **TOTAL MÁXIMO: 0,5**

a. Sanitario

- I Mensual ☐
- II Trimestral ☐
- III Semestral ☐
- IV Anual ☐

b. Educativo

- I Mensual ☐
- II Trimestral ☐
- III Semestral ☐
- IV Anual ☐

c. Servicios Sociales

- I Mensual ☐
- II Trimestral ☐
- III Semestral ☐
- IV Anual ☐

6) Dispone de un Plan de Calidad que contempla un Plan de Formación Continuada ⁽¹⁾:

TOTAL MÁXIMO: 0,5

a. Interna

- I Semanal ☐
- II Mensual ☐
- III Trimestral ☐
- IV Semestral ☐
- V Anual ☐

b. Externa

- II Trimestral ☐
- III Semestral ☐
- IV Anual ☐

(1) No excluyentes