

CONSEJERÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN de 22 de junio de 2011, de la Secretaría General de Salud Pública y Participación, por la que se convocan subvenciones para la realización de programas de Intervención Temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, para el año 2011.

La Orden de 26 de mayo de 2011, de la Consejería de Salud, establece las bases reguladoras de la concesión de subvenciones para la realización de programas de Intervención Temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos (BOJA núm. 121, de 22 de junio de 2011).

De conformidad con lo dispuesto en la Orden de 26 de mayo de 2011, y en base a la delegación de competencias efectuada en el artículo 5 de la Orden de la Consejería de Salud de 2 de julio de 2002, por la que se delegan competencias en materia de gestión económica, contratación administrativa y patrimonio (BOJA núm. 82, de 13 de julio de 2002),

R E S U E L V O

Primero. Convocar para el ejercicio económico de 2011, subvenciones para la financiación de programas de Intervención Temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, por el procedimiento de concurrencia competitiva, de conformidad con lo establecido en la Orden de 26 de mayo de 2011.

Segundo. Los conceptos subvencionables, requisitos y procedimiento de concesión serán los establecidos en la citada Orden de 26 de mayo de 2011.

Tercero. Las subvenciones objeto de la presente convocatoria, se concederán, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias existentes, con cargo a los créditos presupuestarios correspondientes a la aplicación presupuestaria 0.1.15.00.0100.48101.31P.4, del Presupuesto de la Consejería de Salud. Estos créditos ascienden a una cuantía total máxima de 3.997.372,00 euros.

Cuarto. Las solicitudes de las subvenciones para programas de Intervención Temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, se presentarán conforme al formulario que figura como Anexo I de la presente Resolución.

Tanto esta solicitud como el formulario-Anexo II se podrán obtener en el Portal de la Administración de la Junta de Andalucía, en la página web de la propia Consejería en la dirección <http://www.juntadeandalucia.es/salud>, y en las sedes de la Consejería de Salud y sus Delegaciones Provinciales.

Quinto. El plazo de presentación de las solicitudes será de veinte días naturales, contados a partir del día siguiente a la fecha de la publicación de la presente Resolución en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Orden de 26 de mayo de 2011.

Sexto. Los requisitos que han de acreditar las entidades interesadas, la presentación y tramitación, el procedimiento para la concesión de las subvenciones objeto de la presente convocatoria, su abono y la justificación de gasto y destino se regirán por lo previsto en la Orden de 26 de mayo de 2011.

Séptimo. El plazo máximo para la resolución y notificación de la resolución del procedimiento será de tres meses y se computará a partir del día siguiente al de finalización del plazo para la presentación de solicitudes. El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado la resolución legítima a las personas o entidades interesadas para entender desestimada por silencio administrativo la solicitud de concesión de la subvención.

Séptimo. La presente Resolución tendrá efectividad a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 22 de junio de 2011.- La Secretaria General, Josefa Ruiz Fernández.

ANVERSO (Hoja 1 de) ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

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: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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									
<p>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.</p> <p><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@.</p> <p><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.</p> <hr/> <p>Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.</p> <p>Apellidos y nombre: DNI:</p> <p>Correo electrónico:</p> <p>Nº móvil:</p>									

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

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA									
<p>DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, y que:</p> <p><input type="checkbox"/> Cumplo 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.</p> <p><input type="checkbox"/> No he solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta solicitud.</p> <p><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.</p>									



REVERSO (Hoja 1 de) ANEXO I

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)
.....	€
.....	€
.....	€
<input type="checkbox"/> No me hallo incurso en ninguna de las prohibiciones contempladas en las bases reguladoras. <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar): Reúno todos los requisitos previstos en el Capítulo I del Título II de la Ley 49/2004, 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.:			

ILMA. SRA. SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

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 automatizado. 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 Participación de la Consejería de Salud. 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.

(Hoja de) ANEXO I

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 <input type="checkbox"/> - b) Cognitiva <input type="checkbox"/> - c) Comunicación <input type="checkbox"/> - d) Social <input type="checkbox"/> - e) Familia y entorno <input type="checkbox"/>		
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	PRESUPUESTO ANUAL
	TOTAL DE HORAS SEMANALES:		
		SUBTOTAL€

001894D

(Hoja de) ANEXO I

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, equipo y material específico para el tratamiento individual, que garantice la calidad de los programas:			
.....			
.....			
.....			

(Hoja de) ANEXO I

6	<p>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).</p> <p>CRITERIO : <small>(Somera descripción del criterio)</small></p> <p>1) Zona de influencia de la Entidad: TOTAL MÁXIMO: 3,5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin cobertura por centros de las mismas características en el área de influencia: <input type="checkbox"/> - Cobertura insuficiente por otros centros en el área de influencia: <input type="checkbox"/> - Cobertura completa en el área de influencia: <input type="checkbox"/> <p>2) Ratio profesional/menor: TOTAL MÁXIMO: 1,75</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>3) Horas intervención/semanal: TOTAL MÁXIMO: 1,75</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>4) Los programas comprenden acciones de atención e intervención familiar: TOTAL MÁXIMO: 1</p> <ul style="list-style-type: none"> a. NO: <input type="checkbox"/> b. SI: <input type="checkbox"/> <p>La intervención con la familia, en su caso, se produce mediante ⁽¹⁾: TOTAL MÁXIMO: 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesiones de trabajo grupales: <input type="checkbox"/> ▪ Sesiones de trabajo individual: <input type="checkbox"/> <p>5) Se contempla reunión de coordinación con otros Sistemas ⁽¹⁾ : TOTAL MÁXIMO: 0,5</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sanitario <ul style="list-style-type: none"> I Mensual <input type="checkbox"/> II Trimestral <input type="checkbox"/> III Semestral <input type="checkbox"/> IV Anual <input type="checkbox"/> b. Educativo <ul style="list-style-type: none"> I Mensual <input type="checkbox"/> II Trimestral <input type="checkbox"/> III Semestral <input type="checkbox"/> IV Anual <input type="checkbox"/> c. Servicios Sociales <ul style="list-style-type: none"> I Mensual <input type="checkbox"/> II Trimestral <input type="checkbox"/> III Semestral <input type="checkbox"/> IV Anual <input type="checkbox"/> <p>6) Dispone de un Plan de Calidad que contempla un Plan de Formación Continuada ⁽¹⁾ : TOTAL MÁXIMO: 0,5</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Interna <ul style="list-style-type: none"> 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"/> b. Externa <ul style="list-style-type: none"> II Trimestral <input type="checkbox"/> III Semestral <input type="checkbox"/> IV Anual <input type="checkbox"/> <p>(1) No excluyentes</p>
----------	--

001894D

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

ANVERSO (Hoja 1 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

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: _____

FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

_____ 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: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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 CONSENTIMIENTO EXPRESO									
CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso)									
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento.									
CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso)									
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.									

3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN									

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN									
Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de _____, efectuada mediante _____ de _____ de _____ de _____ (BOJA número _____ de _____), mi solicitud ha sido:									
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido.									
<input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado.									
<input type="checkbox"/> DESESTIMADA.									
Por lo que,									
4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta:									
<input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado.									
<input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud.									



Anverso (Hoja 2 de 2) ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)
4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):	
Documento	Breve descripción
1.
2.
3.

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.	
En a de de	
LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE	
Fdo.:	

ILMA. SRA. SECRETARIA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN DE LA CONSEJERÍA DE SALUD

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 automatizado. 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 Participación de la Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, s/n (Edif. Arena I) 41020 SEVILLA.

NOTA
De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):
<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud. b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.
Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.