**ANEXO IIII**

**MEMORIA EXPLICATIVA DEL PROYECTO**

**SUBVENCIONES A ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL, PARA EL DESARROLLO DE ACTUACIONES EN LA LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA 2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.- NOMBRE DE LA ENTIDAD**  |  |  |  |
| **NIF** | **Nombre/Razón Social de la Entidad** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Número de Inscripción en el Registro de Centros y Servicios Sociales (RCSS) a efectos de ejecución de este proyecto:** |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2.- DENOMINACIÓN DEL PROYECTO** |
|  | **Nombre del Proyecto para el que solicita la subvención:** |
|  |  |
|  | **Número y denominación del eje en el que se adscribe el proyecto, conforme al artículo 3 de la convocatoria (indicar solamente un eje).** |
|  |  |
|  | **Indicar si el proyecto está siendo financiado a través de conciertos, contratos o convenios con la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia u otras Administraciones Públicas para el ejercicio 2020.** (En caso afirmativo presentar documentación acreditativa). | [ ]  **SI** | [ ]  **NO** |
|  | **Periodo de ejecución del proyecto** | **Fecha inicio:** |  | **Fecha finalización:** |  |
|  | **CENTRO/S EN LOS QUE SE REALIZA EL PROYECTO (\*)** |
|  | **TIPO DE CENTRO**  | **DIRECCIÓN** | **MUNICIPIO** | **PLAZAS** | **Nº RCSS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*** En caso de realizarse en más de un centro deberá especificarse. Añada filas si fuera necesario

|  |
| --- |
| **3.- CONTINUIDAD DEL PROYECTO**  |
| **Indicar si este proyecto ha sido subvencionado con anterioridad en las convocatorias gestionadas por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el desarrollo de actuaciones en la lucha contra la pobreza y la exclusión social.** En caso afirmativo indicar el nº de expediente, nombre del proyecto y cuantía de la subvención: | [ ]  **SI** | [ ]  **NO** |
| **Año** | **Nº Expediente** | **Nombre del Proyecto** | **Cuantía Subvención** |
| **2018** |  |  |  |
| **2019** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4.- EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS O GRUPOS EN LOS QUE SE INTEGRAN (Análisis de la situación de partida, diagnóstico de la población destinataria y justificación de la necesidad). Máximo 700 palabras** |
|  |

|  |
| --- |
| **5.- CONTENIDO TÉCNICO DEL PROYECTO (Descripción del contenido del proyecto y adecuación al objetivo, el calendario de realización, descripción de actividades, procedimientos de derivación y coordinación, recursos humanos y medios técnicos y materiales, así como la inclusión de la perspectiva de género). Máximo 2.500 palabras** |
|  |

|  |
| --- |
| **6.- INNOVACIÓN (Actuaciones innovadoras del proyecto y razones por las que se consideran innovadoras)**  |
|  |

|  |
| --- |
| **7.- DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS**  |
| **Objetivos y actividades** |
| **OBJETIVO/S GENERAL/ES:** (En caso de formular más de un objetivo general, añadir y enumerar cuantas filas sean necesarias: OG1, OG2, OG3…) |
| **OG1.**  |
| **Objetivo General** | **Objetivo/s Específico/s (1)** | **Actividad/es (2)** | **Fecha inicio prevista**  | **Fecha finalización prevista**  | **Nº usuarios** | **Presupuesto****actividad** |
| OG1 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (1) Relacionar los objetivos específicos con su objetivo general (OG1, OG2, OG3,…).(2) Detallar las actividades en consonancia con cada objetivo específico. |

|  |
| --- |
| **8.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA LA INTERVENCIÓN** |
|  |
| **Número de beneficiarios/as directos/as y cantidad que deberá aportar cada uno para acogerse al proyecto (en su caso):** |
| **Beneficiarios/as:** |  | **Importe (euros):** |  |
| **Criterios para la selección de los/as beneficiarios/as:** |
|  |
| **SECTORES DE POBLACIÓN PRIORITARIOS** | **Nº hombres** | **Nº mujeres** | **TOTAL** |
| **Menores (0-18 años)** |  |  |  |
| **Jóvenes (18-25 años)** |  |  |  |
| **Adultos (25 a 65 años)** |  |  |  |
| **Mayores de 65 años** |  |  |  |
| **Inmigrantes** |  |  |  |
| **Población nacional** |  |  |  |
| **Personas sin hogar** |  |  |  |
| **Otros (especificar)** |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **9.- IMPACTO DEL PROYECTO**  |
| **Impacto del proyecto:** |
|  |
| **Ámbito del proyecto** (especificar municipio/s donde se va a desarrollar): |
| **Municipio/s** | **Beneficiarios/as** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Mecanismos de evaluación**  |
| **Actividades** | **Indicador/es de evaluación** | **Resultado/s esperado/s** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **10.- PRESUPUESTO DEL PROYECTO** |
| **GASTOS CORRIENTES****Desglose:** | **Cuantía solicitada a la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política** **Social** | **Ingresos del proyecto** | **Financiación Público/Privada**(Subvenciones, convenios, etc.)  | **Financiación propia** | **TOTAL** |
| **1. GASTOS DE PERSONAL** |
| 1.1.Personal: |  |  |  |  |  |
| **2. MANTENIMIENTO Y ACTIVIDADES** |
| 2.1. Gastos del Local donde se desarrolla el proyecto: |  |  |  |  |  |
| 2.2. Otro gastos de actividad: |  |  |  |  |  |
| 2.3 Auditoría de cuentas sobre la justificación de la subvención:*(Máximo 2% subvención solicitada)* |  |  |  |  |  |
| 2.4 Gastos de Calidad de los Proyectos: |  |  |  |  |  |
| 2.5 Gastos de los Proyectos de Urgencia (ayudas): |  |  |  |  |  |
| 2.6 Gastos de la póliza de seguros a.e y r.c de voluntarios: |  |  |  |  |  |
| 2.7 Otros (especificar y añadir filas si es necesario): |  |  |  |  |  |
| **3. DIETAS Y GASTOS DE VIAJE DEL PERSONAL CONTRATADO Y VOLUNTARIO** |
| 3.1. Dietas y gastos de viaje |  |  |  |  |  |
| **4. GASTOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN** |
| 4.1. Gastos de Gestión y Administración*(máximo 9% subvención solicitada):* |  |  |  |  |  |
| **TOTAL GASTOS CORRIENTES (1+2+3+4) :** |  |  |  |  |  |
| **Coste Medio por Usuario:** |  |

**\*\* DETALLE DE FINANCIACIÓN PÚBLICO/PRIVADA: Del total reflejado en la columna “*Financiación Público/Privada*” especificar a continuación las concedidas hasta el momento de presentación de la solicitud.**

|  |
| --- |
| **COFINANCIACIÓN DEL PROYECTO** |
| **ORGANISMO/ ENTIDAD FINANCIADORA** | **IMPORTE****CONCEDIDO** | **¿PRESENTA DOCUMENTO FIRME DE APORTACIÓN? (SI/NO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **11.- GESTIÓN DEL PROYECTO**  |
| **Medios personales. Adecuación de recursos humanos** |
| **11.1. Datos del equipo contratado imputada a la partida de Personal:****\*Cumplimentar una fila por trabajador/a. Añada filas si fuera necesario.** |
| **Categoría /** **Cualificación** **profesional (\*)** | **Periodo de** **contratación en el proyecto****(Fecha inicio–fin)** | **Dedicación de horas** **semanales al proyecto** | **Gastos de** **Personal** **Imputado a la Subvención****(1)** | **Gastos de** **Personal** **Imputado a Financiación Público/Privada****(2)** | **Gastos de Personal Imputado a** **Financiación Propia****(3)** | **Total gastos de personal****(1+2+3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Especifique detalladamente las funciones que realizará el personal del proyecto que ha relacionado en el punto anterior:** (Especificar estas tareas para cada uno de los trabajadores del proyecto, individualmente) |
|  |
| **11.2. Datos del personal contratado imputado a la partida de Gastos de Gestión y Administración****\*Cumplimentar una fila por trabajador/a. Añada filas si fuera necesario.** |
| **Categoría / Cualificación profesional (\*)** | **Dedicación de horas anuales al proyecto** | **Gastos de Personal****Imputado a la Subvención** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Especifique detalladamente las funciones que realizará el personal del proyecto que ha relacionado en el punto anterior:** (Especificar estas tareas para cada uno de los trabajadores del proyecto, individualmente) |
|  |
| **11.3. Personal voluntario que participa en el proyecto** |
| **Personal voluntario permanente en la gestión de la entidad en la Región de Murcia:**(Deberá acompañarse las pólizas de aseguramiento de accidentes, enfermedad y responsabilidad civil) |
| **Cualificación** | **Actividad/es que desarrolla** | **Número** | **Nº horas anuales dedicadas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |
| **Cursos de formación al voluntariado en el año anterior a esta convocatoria:** |
|  |

|  |
| --- |
| **12. DESGLOSE DE GASTOS PARA MANTENIMIENTO Y ACTIVIDADES** |
| **CONCEPTO** | **IMPORTE** |
| 1 | Alquileres |  |
| 2 | Suministros (agua, gas, electricidad, combustible, etc) |  |
| 3 | Transporte para beneficiarios/as |  |
| 4 | Certámenes, jornadas, conferencias, talleres, etc. |  |
| 5 | Ayudas/ Proyectos de urgencia  |  |
| 6 | Becas |  |
| 7 | Material didáctico |  |
| 8 | Menaje |  |
| 9 | Gastos de auditoría (máximo 2 % del proyecto) |  |
| 10 | Otros (Especificar) |  |
| **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **13.- AYUDAS/ PROYECTOS DE URGENCIA. Cumplimentar solo en Proyectos de Apoyo a Personas y Familias (Eje I)** |
| **CONCEPTO** | **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS** | **CUANTÍA MÁXIMA AYUDAS** |
| Alquileres (locales o alojamientos para beneficiarios) |  |  |
| Estancias temporales en alojamientos (hostales, pensiones, etc.) |  |  |
| Suministros (agua, electricidad, gas, combustible, etc.) |  |  |
| Alimentación |  |  |
| Material escolar, uniformes, comedor y transporte, actividades extraescolares, etc. |  |  |
| Menaje y/o vestuario |  |  |
| Equipamientos básicos de vivienda |  |  |
| Apoyo a la salud (compra de medicinas, vacunas, gafas, productos higiénicos, etc.) |  |  |
| Productos ortopédicos y prótesis |  |  |
| Otros (Especificar): |  |  |
| **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **14.- COLABORACIÓN CON OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**  |
|  **Acuerdos de colaboración suscritos con otras Administraciones Públicas para la ejecución del proyecto:** |
| **Fecha** | **Administración Pública** | **¿Presenta documento firme de aportación? (SI/NO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Otras ayudas y colaboraciones previstas:** |
|  |

|  |
| --- |
| **15. CALIDAD (Evaluación de la calidad en la gestión de la entidad)** |
| **Sistemas de evaluación de la calidad de la gestión:** |
| **- Certificaciones** |
| **Certificaciones de Calidad en Vigor:**(Deberá acompañarse la documentación emitida por las entidades certificadoras acreditadas) | **FECHA****EXPIRACIÓN** |
| **Norma ONG Calidad** |  |
| **ISO 9001:2015**  |  |
| **EFQM** |  |
| **- Otros: (Indicar tipo de certificado):** |  |
|  |  |
|  |  |

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante legal de la entidad, certifica la veracidad de todos los datos declarados en el presente Anexo.

El/La representante legal de la entidad