**ANEXO IV**

**Memoria de Proyecto de Gasto de Inversión**

**(ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | |
| **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:** | |  |
| **DATOS DE LAENTIDAD EJECUTANTE (En el caso de ser la misma que la entidad solicitante, NO rellenar)** | | |
| **NIF** | **Nombre/ Razón Social de la Entidad** | |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. DATOS DEL PROYECTO** | | | | | | |
| **Nombre del proyecto para el que solicita la subvención:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Periodo de ejecución del proyecto** | **Fecha inicio:** |  | **Fecha finalización:** | |  | |
| **Indicar si el proyecto ya está financiado a través de conciertos, contratos o convenios con la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia u otras Administraciones Públicas u organismos pertenecientes a los sectores públicos de los mismos:** | | | | **SI** | | **NO** |
| **En caso afirmativo, concretar convenio, concierto o contrato** (se requiere su presentación junto con la solicitud) | | | **Organismo** | | | **Período de Vigencia** |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO DE CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES** | | | | | |
| **Domicilio sede social Entidad Ejecutante:** | |  | | | |
| **Centro/s en los que se realiza el proyecto** (1)(2) | | | | | |
| Tipo de centro: | Dirección: | | Municipio: | Nº plazas: | Nº RCSS: (3) |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **(1) Los centros señalados deben estar autorizados por el RCSS. en caso contrario la solicitud será denegada.**  **(2) En caso de que el proyecto se realice en más de un centro, deberán especificarse los mismos (añadir filas de ser necesario)**  **(3) Para ver el Nº RCSS consultar la notificación de autorización.** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD (señale lo que proceda)** | | | | | | | |
| **Ampliación** |  | **Reforma** |  | **Rehabilitación** |  | **Adquisición de equipamiento** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4 DATOS DEL CENTRO DE INTERVENCIÓN SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA TITULARIDAD CATASTRAL RELATIVO AL INMUEBLE O LOCAL (REFERENCIA CATASTRAL)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  |
| **Domicilio del centro:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Número | | |  | | | | | Piso | | | | |  | | |
| Código Postal | | | |  | | | | | Municipio | | | | | |  | | | | | | | | | Provincia | | | | | | |  | | | | | |
| **Titularidad del centro de intervención social:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del titular | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIF | | |  | | | | | | |
| En el supuesto de que la entidad solicitante no sea la titular del centro, deberá cumplimentar los siguientes datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inmueble arrendado | | | | | | | | | |  | | | Fecha inicio de arrendamiento | | | | | |  | | | | | Fecha finalización arrendamiento | | | | | | | | |  | | | |
| Inmueble cedido en uso | | | | | | | | | |  | | | Fecha inicio de cesión | | | | | |  | | | | | Fecha finalización cesión | | | | | | | | |  | | | |
| **Antigüedad de construcción del centro de intervención social:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de construcción | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Fecha de última ampliación, reforma y/o rehabilitación | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Observaciones:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5 TIPOLOGÍA DE CENTRO DE INTERVENCIÓN SOCIAL** | | | | | | | |
| Servicios que ofrece el centro  (añada filas si es necesario) | | Fecha desde la que se vienen prestando | Número de plazas que oferta/capacidad | | Usuarios/as en el año anterior al año de publicación de la convocatoria | | |
| 1 |  |  |  | |  | | |
| 2 |  |  |  | |  | | |
| 3 |  |  |  | |  | | |
| **¿Se trata de un centro de carácter residencial (24 horas)?:** | | | Si |  | No | |  |
| En el supuesto de que se trate de un centro de carácter residencial, indicar el número de plazas ofertadas: | | | | | |  | |
| **Espacio del centro en el que incide la ampliación, reforma, rehabilitación y/o tiene destino la adquisición de equipamiento: (marcar con una “X” según proceda)** | | | | | | | |
| En centros o espacios destinados a dependencias administrativas de uso exclusivo para la gestión interna. | | | | | |  | |
| En centros o espacios destinados a dependencias administrativas de uso exclusivo para la atención al público. | | | | | |  | |
| En centro o espacios de atención a usuarios/as de carácter no administrativo. | | | | | |  | |
| En centros de intervención social de carácter residencial. | | | | | |  | |
| **Observaciones:** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6 NECESIDAD. Justificar la necesidad de ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento.** | | | | |
|  | | | | |
| ¿Está justificada y supone una necesidad para el desarrollo de las actividades habituales del centro e intervención con los usuarios/as? En caso afirmativo, justifique. | Si |  | No |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7 URGENCIA. Justificar la urgencia de la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento** | | | | |
|  | | | | |
| ¿Se pretende subsanar una deficiencia que supone o puede suponer un peligro para la seguridad de los usuarios/as del centro? En caso afirmativo, justificarla. | Si |  | No |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. TIPO DE ACTUACIÓN (describir en qué consiste la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento)** | | | | |
|  | | | | |
| ¿Supone la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento una mejora de las condiciones de accesibilidad física del centro?: | Si |  | No |  |
| En caso de haber respondido de manera afirmativa en el apartado anterior, describir en qué consiste dicha mejora de las condiciones de accesibilidad física: | | | | |
|  | | | | |
| ¿Supone la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento una mejora de las condiciones de accesibilidad sensorial y/o cognitivas del centro?: | Si |  | No |  |
| En caso de haber respondido de manera afirmativa en el apartado anterior, describir en qué consiste dicha mejora de las condiciones de accesibilidad sensorial y/o cognitivas: | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9 INCREMENTO DE LA CAPACIDAD ASISTENCIAL DESPUÉS DE LA ACTUACIÓN** | | | | |
| Describir en qué medida la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento supone un incremento de la capacidad asistencial del centro de intervención social: | | | | |
|  | | | | |
| Número actual de plazas / usuarios/as del centro: | | |  | |
| Número de plazas / usuarios/as tras la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento: | | |  | |
| ¿Supone un incremento en más de 10 usuarios/as? | Si |  | No |  |
| Observaciones: | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10 PRESUPUESTO DE LA AMPLIACIÓN, REFORMA, REHABILITACIÓN Y/O ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO** | | | | | |
| **Gastos** | **Cuantía solicitada a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad** | **Ingresos del proyecto** | **Finaciación público-privada (\*\*)** | **Financiación propia** | **Coste total presupuesto** |
| **Mínimo 5% del total subvención solicitada (\*)** | | |
| Ampliación |  |  |  |  |  |
| Reforma |  |  |  |  |  |
| Rehabilitación |  |  |  |  |  |
| Adquisición de equipamiento |  |  |  |  |  |
| Gastos de auditoría, en su caso *(máximo 2% subvención solicitada)* |  |  |  |  |  |
| Otros gastos (*detallar)* |  |  |  |  |  |
| **TOTALES:** |  |  |  |  |  |

(\*) *La entidad deberá aportar en el proyecto una cofinanciación (ingresos del proyecto, financiación público-privada y fondos propios) de, como mínimo, el 5% del importe de la subvención solicitada.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11 COFINANCIACIÓN de la ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento** | | | | | | | |
| ¿La ampliación, reforma, rehabilitación y/o adquisición de equipamiento cuenta con fuentes de financiación pública provenientes de la Unión Europea o de cualquier Administración Pública, o financiación privada? | | | | SI |  | NO |  |
| En caso afirmativo, especificar a continuación las concedidas hasta el momento de presentación de la solicitud: | | | | | | | |
|  | Denominación de la administración pública o  entidad privada que financia. | Importe total del proyecto | Importe de la subvención | | | | |
| 1 |  |  |  | | | | |
| 2 |  |  |  | | | | |
| 3 |  |  |  | | | | |
| … |  |  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12. CONTINUIDAD EL PROYECTO** | | | | | |  |  |
| **Indicar si este proyecto ha sido subvencionado con anterioridad en alguna las dos últimas convocatorias gestionadas por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, con cargo a la asignación tributaria del 0,7% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas e Impuesto de Sociedades:** | | | | SI | NO |
| **Año** | **Nº Expediente:** | **Nombre del Proyecto:** | **Cuantía Subvención:** | | |
| **2023** |  |  |  | | |
| **2024** |  |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **13 OBJETIVOS Y ACTUACIONES DE INVERSIÓN** | | | | | | |
| **OBJETIVO/S GENERAL/ES:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Objetivo/s General/es** | **Objetivo/s Específico/s (1)** | **Actividad/es (2)** | **Fecha inicio prevista** | **Fecha finalización prevista** | **Número usuarios/as** | **Presupuesto total de la actividad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL PRESUPUESTO ACTIVIDADES** (el importe total de este presupuesto debe coincidir con el coste total del proyecto) | | | | | |  |

(1) Relacionar los objetivos específicos con su objetivo general (OG1, OG2, OG3,…)

(2) Detallar las actividades y realizarlas en consonancia con cada objetivo específico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **14 SUBCONTRATACIÓN DE LA AMPLIACIÓN, REFORMA Y/O REHABILITACIÓN DEL CENTRO** | | | | |
| ¿La entidad contempla la subcontratación de alguna o varias de las actividades para la ampliación, reforma y/o rehabilitación? | Si |  | No |  |
| En caso afirmativo especificar la actividad o actividades que se subcontratarán: | | | | |
|  | | | | |
| Observaciones sobre la subcontratación | | | | |
|  | | | | |
|

|  |
| --- |
| **15 OBSERVACIONES U OTROS DATOS DE INTERÉS** |
|  |

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

(Documento firmado y fechado al margen)