**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)