**ANEXO V**

**Memoria de Proyecto de Gasto de Inversión**

 **(Ampliación, Reforma, Rehabilitación y/o Adquisición de equipamiento para el que se solicita subvención)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. NOMBRE 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:** |  |  |  |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD EJECUTANTE (NO cumplimentar cuando se trate de la misma entidad)** |  |  |
| **NIF** | **Nombre/ Razón Social de la Entidad** |  |  |
|  |  |  |  |
| **REGISTRO DE CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES** |
| **Dirección Sede Social Entidad Ejecutante** |  |
| **CENTRO/S EN LOS QUE SE REALIZA EL PROYECTO** (1)(2) |
| **TIPO DE CENTRO** | **DIRECCIÓN** | **MUNICIPIO** | **PLAZAS** | **Nº RCSS** (3) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **1 Los centros señalados deben estar autorizados por el RCSS. En caso contrario, la solicitud será rechazada.****2 En caso de que el proyecto se realice en más de un centro, deberá especificarse. Añada filas si fuera necesario.****3 Para ver el Nº RCSS consultar la notificación de autorización**  |

|  |
| --- |
| **2. DENOMINACIÓN 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:** (En caso afirmativo presentar documentación acreditativa). | [ ]  **SI** | [ ]  **NO** |
| **En caso afirmativo, concretar convenio, concierto o contrato:** | **Organismo** | **Período de Vigencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD**  |
|  | **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 | 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 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |
| ¿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 laatención 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** | **Financiación Público/Privada (\*\*)**(*De acuerdo al artículo 9 de la Orden 6 de agosto de 2018 que establece las bases reguladoras de estas subvenciones y al artículo 15 de esta Orden)* | **Financiación propia**  | **Coste total presupuesto** |
| *Mínimo 5% subvención solicitada(\**) |
|  | Gastos de ampliación |  |  |  |  |
|  | Gastos de reforma |  |  |  |  |
|  | Gastos de rehabilitación |  |  |  |  |
|  | Gastos de adquisición de equipamiento |  |  |  |  |
|  | Gastos de auditoría, en su caso *(Máximo 2% subvención solicitada)* |  |  |  |  |
|  | Otros gastos (*detallar)* |  |  |  |  |
|  | **TOTALES:** |  |  |  |  |

**QUÉ OBOS SE PETEN CONSEGUIR CON LA REFOCIÓN Y/O AN DE EQU**

(\*) *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 concedido | ¿Presenta documento firme de aportación? (SI/NO) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **12. CONTINUIDAD EL PROYECTO** |  |  |
| **Indicar si este proyecto ha sido subvencionado con anterioridad en las 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:** |
| **2022** |  |  |  |
| **2023** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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****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 RESPECTO A LA AMPLIACIÓN, REFORMA, REHABILITACIÓN DE EQUIPAMIENTO DEL CENTRO DE INTERVENCIÓN SOCIAL** |
|  |

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)