**ANEXO II**

**MEMORIA DE PROYECTO**

**CONCESIÓN DIRECTA DE SUBVENCIONES DESTINADAS A ENTIDADES SOCIALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE CASAS DE ACOGIDA, EN BASE AL PACTO DE ESTADO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD | |
| **Nombre de la Entidad** |  |
| **NIF** |  |
| **Domicilio** |  |
| **Municipio** |  |
| **Teléfono** |  |
| **E-mail** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona de contacto | | | |
|  | | | |
| **E-mail** |  | **Teléfono** |  |

|  |
| --- |
| 2.- JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO |
|  |

|  |
| --- |
| 3.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO |
| **3.1. Descripción del contenido de la intervención**  ***(Actuaciones a realizar)*** |
|  |
| **3.2. Organización interna**  ***(Perfil de la persona responsable y el equipo de trabajo)*** |
|  |
| **3.3. Coordinación**  ***(Mecanismos y procedimientos de coordinación con otras Administraciones Públicas y otras entidades para la consecución de los objetivos del proyecto)*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.- CALENDARIO DE EJECUCIÓN | | | |
| **Fecha de inicio** |  | **Fecha de finalización** |  |

|  |
| --- |
| 5.- PERSONAS DESTINATARIAS DEL PROYECTO |
| **Criterios para la selección de los/as beneficiarios/as:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.- OBJETIVOS Y ACTUACIONES | | | |
| **OBJETIVO** | **ACTUACIONES** | **INDICADORES DE EVALUACIÓN** | **RESULTADOS PREVISTOS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 7.- METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO |
| **Describa qué metodologías tiene previsto implantar para realizar un adecuado seguimiento del proyecto, así como una correcta evaluación de las acciones realizadas** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.- PERSONAL CONTRATADO ADSCRITO AL PROYECTO** | | | | | | |
| **Datos globales del equipo que realizará el proyecto y categoría profesional:**  **\*Cumplimentar una fila por trabajador/a** | | | | | | |
| **Categoría /**  **Cualificación profesional\*** | | **Dedicación de horas**  **semanales al proyecto** | | | **Total gastos de personal** | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| **TOTALES:** | |  | | |  | |
| **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) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **9.- PRESUPUESTO** | | | | | | |
| **CONCEPTOS Y SUBCONCEPTOS DE GASTO** | **SUBVENCIÓN CONCEDIDA** | | **OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN** | **FINANCIACIÓN PROPIA** | | **TOTAL** |
| Personal |  | |  |  | |  |
| Gastos corrientes (especificar) |  | |  |  | |  |
| Otros gastos (especificar) |  | |  |  | |  |
| **TOTAL GASTOS** |  | |  |  | |  |

Firmado electrónicamente.

Responsable del Recurso de Acogida