

CONVOCATORIA QUE REGISTRARÁ EL PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A LAS AYUDAS PARA EL SERVICIO RESPIRO FAMILIAR CONTEMPLADAS EN LA RESOLUCIÓN DE 26 DE AGOSTO DE 2024, DE LA CONSEJERA, POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA DEL ACUERDO DE 30 DE JULIO DE 2024, DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA, POR EL QUE SE APRUEBA EL PROGRAMA DE COLABORACIÓN ECONÓMICA MUNICIPAL DEL SERVICIO RESPIRO FAMILIAR A PERSONAS CUIDADORAS HABITUALES NO PROFESIONALES EN ENTIDADES LOCALES DE EXTREMADURA 2024.

De conformidad con lo previsto en los artículos 17.3.b y 20.8.a de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, se publica el extracto de la convocatoria cuyo texto completo puede consultarse en la Base de Datos Nacional de Subvenciones (<https://www.infosubvenciones.es/bdnstrans/GE/es/convocatoria/790833>).

Primero. Beneficiarios.

Serán beneficiarias aquellas personas residentes en Los Santos de Maimona que cumplan los requisitos establecidos establecido en el apartado sexto de la Resolución de 26 de agosto de 2024, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por el que se aprueba el programa de colaboración económica municipal del servicio respiro familiar a personas cuidadoras habituales no profesionales en entidades locales de Extremadura 2024.

Segundo- Objeto.

La concesión directa por el Ayuntamiento, de las ayudas económicas para respiro familiar a personas cuidadoras habituales no profesionales en el término municipal de Los Santos de Maimona, a los ciudadanos y ciudadanas del término municipal de Los Santos de Maimona, por un importe total de 10.479,30 euros, con cargo al programa de colaboración económica municipal del servicio respiro familiar a personas cuidadoras habituales no profesionales en entidades locales de Extremadura 2024, regulado por Resolución de 26 de agosto de 2024, y por Acuerdo de Gobierno de 30 de julio de 2024, y publicado por Resolución de la Consejera de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, publicado en el Diario Oficial de Extremadura el 29 de agosto de 2024.

Tercero- Bases reguladoras.

Las Ayudas convocadas se registrarán por lo establecido en la presente convocatoria, por la Resolución de 26 de agosto de 2024 (DOE de 29 de agosto) de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura que, junto con la Ordenanza reguladora de subvenciones en la tributación local del Ayuntamiento de Los Santos de Maimona (BOP número 53, Anuncio 2473/2010), constituyen las bases reguladoras de las ayudas; por la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones; por el RD 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la LGS; por la Ley 39/2015, de 1 de



octubre, por el que se aprueba el Procedimiento Administrativo común de las Administraciones Públicas y demás disposiciones a que hace referencia el artículo 5.1 de la LGS.

Cuarto- Cuantía.

Esta convocatoria de ayudas tiene una dotación total máxima de 10.479,30 euros. Serán objeto de financiación la prestación de los servicios que se definen a continuación, cuando su prestación se haya realizado entre el 30 de julio y el 15 de diciembre de 2024, según lo establecido en el apartado cuarto de la resolución de aprobación de convocatoria de ayudas económicas para garantizar el programa de respiro familiar a personas cuidadoras habituales no profesionales en el término municipal de Los Santos de Maimona:

a) Acompañamiento y asistencia domiciliaria:

Máximo 48 horas por persona atendida al año que se podrán distribuir como mejor convenga a las personas cuidadoras habituales no profesionales.

Coste de la hora: Coste de una persona cuidadora según convenio colectivo.

b) Acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio en horario diurno, nocturno, en tiempo libre, en fines de semana y en periodos vacacionales, así como descansos en hospitalizaciones parciales ambulatorias, acompañamientos a servicios especializados ambulatorios, postoperatorios y otros servicios transitorios análogos.

Duración mínima de la actividad: 5 horas.

Duración máxima de la actividad: 30 horas al año.

Coste de la hora: Coste de una persona cuidadora según convenio colectivo.

El servicio de respiro puede coincidir con el horario de la comida de la persona atendida que requiere de los cuidados, siendo función del profesional que presta el servicio supervisar el desarrollo correcto de la misma.

El coste de los alimentos no está incluido en el servicio de respiro.

c) Asistencia en establecimiento externo no sociosanitario:

Las actividades irán dirigidas a realizar el respiro en otro tipo de establecimientos no sociosanitarios, siempre que cuenten con los elementos necesarios para ello. Se incluirán las actividades de ocio que procedan tales como: asistencia a la playa, montaña, campamentos, etc.

La entidad beneficiaria se responsabilizará de la seguridad de las personas atendidas.

Duración mínima de la actividad: Una semana.



Coste máximo de la actividad por persona: 500,00 euros.

d) Asistencia en establecimiento externo sociosanitario:

En la asistencia en que se plantee un servicio residencial temporal o de centro de día, se deberá dar el contenido prestacional propio de los servicios de centros sociosanitarios y centros de día.

La duración máxima del respiro será de 10 días al año por persona atendida. Los costes máximos de las actuaciones serán:

70,00 euros diarios para el servicio residencial o de alojamiento.

40,00 euros diarios para el servicio de día o nocturno.

Las estancias se contratarán con centros que cuenten con la correspondiente acreditación.

Quinto- Plazo de presentación de solicitudes.

Se iniciará a partir del día siguiente a la publicación del extracto de esta convocatoria en el BOP, y finalizará 15 de diciembre de 2024, salvo agotamiento del crédito existente para estas ayudas.

Sexto- Otros datos.

Las solicitudes se ajustarán al modelo que será facilitado por el Servicio Social de Base de Los Santos de Maimona y se presentarán, junto a la documentación solicitada.

La persona solicitante justificará, con carácter previo a su abono, la ayuda concedida, mediante la aportación de las facturas correspondientes.

Una vez recaída resolución favorable, el abono de la ayuda para el programa de respiro familiar se realizará directamente a la entidad, pública o privada, prestadora del servicio, en el caso de que se trate de facturas impagadas, en el caso de facturas pagadas se abonará a la persona beneficiaria directamente previa presentación de la factura acreditativa del gasto, siempre que su fecha de emisión corresponda a fecha posterior al 30 de julio y hasta el 15 de diciembre de 2024, y sea acreditado correcta y fehacientemente el pago de las mismas por el beneficiario.

En función del importe de la/s factura/s que se presenten con la solicitud, el abono de la ayuda podrá ser único.



ANEXO I

SOLICITUD DE AYUDAS ECONÓMICAS DEL PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR.

D/D^a _____,
D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____ con domicilio en
_____, código postal _____ y localidad
_____ (Badajoz), Tfno: _____,
e-mail: _____.

EXPONE

Que soy cuidador/a habitual no profesional de: D/D^a _____
_____ con D.N.I./N.I.E./Pasaporte _____, con
domicilio en _____ localidad
_____ (Badajoz) código postal _____.

Que la persona cuidada D/D^a _____, tiene:

- Grado de discapacidad:%
- Grado de dependencia: Grado:
- No tiene reconocida plaza pública en servicios de atención residencial o prestación económica vinculada al servicio residencial

SOLICITO

- Servicio de acompañamiento y asistencia domiciliaria.
- Servicio de acompañamiento circunstancial y actividades puntuales de ocio.
- Servicio de asistencia a establecimiento externo no sociosanitario.
- Servicio de asistencia a establecimiento externo sociosanitario.

DECLARO

Que los datos reflejados en el presente documento y en la documentación que se acompañan al mismo, son ciertos.

No hallarme incurso/a en ninguna de las causas que impiden obtener la condición de beneficiario, con arreglo a lo establecido en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, así como encontrarme al corriente en el cumplimiento de las Obligaciones Tributarias y frente a la Seguridad Social, según el artículo 24.4 del Real Decreto 887/2006 del 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

Los Santos de Maimona, a ____ de _____ de 2024.

Firma del solicitante

Fdo: _____

Ayuntamiento de Los Santos de Maimona

Dr. Fernández Santana, 1, Los Santos de Maimona. 06230 (Badajoz). Tfno. 924544368. Fax: 924571015



DOCUMENTACIÓN A APORTAR POR EL SOLICITANTE

- DNI del solicitante y de la persona con dependencia/discapacidad reconocida.
- Resolución del grado de dependencia reconocido por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Resolución del reconocimiento del grado de discapacidad por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Factura del servicio contratado con Entidad Prestadora de Servicios acreditada por el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, con desglose del número de horas/días del mismo.



ANEXO II

FICHA DE TERCEROS ALTA, MODIFICACIÓN, BAJA

El interesado que se reseña SOLICITA que sean anotados sus datos identificativos a efectos de los cobros y pagos que procedan en lo sucesivo.

☐ ALTA
☐ MODIFICACIÓN
☐ BAJA

DATOS DEL INTERESADO

Razón Social / Apellidos y Nombre ⁽¹⁾ :					
Tipo de personalidad: ☐ Física ☐ Jurídica ☐ Entidad:					C.I.F./N.I.F.:
Nombre Comercial ⁽²⁾ :					
Domicilio:				Población:	
Cod. Postal:		Provincia:		País:	
Telf.:		Fax:		Email:	
Representante Legal	Apellidos y Nombre:				D.N.I.:
	Domicilio:				Población:
	Cod. Postal:		Provincia:		País:
Persona de Contacto	Apellidos y Nombre:				Telf.:
	Fax:		Email:		
Actividad económica y epígrafe I.A.E.:					
En _____, a _____ de _____ de 20__ El interesado o representante: Fdo: _____ (Firma y sello)					

(1) Consignar el nombre completo de la razón social. (2) Consignar el nombre comercial, en caso de usarse si fuera distinto de la razón social.

DOMICILIACIÓN BANCARIA (a rellenar por la entidad financiera)

Entidad Financiera:				Sucursal:	
Nº de cuenta (Código completo, 24 dígitos):	IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
Certificamos que la cuenta corriente señalada, figura abierta en esta entidad a nombre del interesado de referencia y con su N.I.F. Fdo: _____ D.N.I. _____ (Firma y Sello)					

