

ANEXO I

DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL **(DEDI)**

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL.

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES.
SECRETARÍA GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES, INCLUSIÓN INFANCIA Y FAMILIA.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO.

* * * * *

a) Programa de _____

1.- CARACTERÍSTICAS DE LA ZONA EN LA QUE VA A DESARROLLARSE EL PROGRAMA.

1.1. DATOS DE LA POBLACIÓN.

- | | |
|--|----------------------|
| ✓ Número de habitantes..... | <input type="text"/> |
| ✓ Número de menores..... | <input type="text"/> |
| ✓ Número de Expedientes
con los que Interviene
el PAF en Fase de Intervención..... | <input type="text"/> |
| ✓ Número de Expedientes
con los que Interviene
el PAF en Fase de Supervisión..... | <input type="text"/> |

1.2. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO.

1.3. BASES TEÓRICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

1.4. ANÁLISIS DE NECESIDADES SOCIALES Y PREVENTIVAS DE LA LOCALIDAD.

2.- INTERVENCIÓN, DESARROLLO DE LA PARENTALIDAD POSITIVA.

2.1- PREVENCIÓN PRIMARIA: ZONAS DE FORMACIÓN PARENTAL.

➤ OBJETIVOS GENERALES DE LAS ZFP:

➤ CONTENIDOS*:

- Desarrollo de la competencia parental.
- Mejora de la comunicación en las familias.
- Promoción y apoyo a medidas de la Ley de Convivencia y Ocio de Extremadura.
- Prevención en las nuevas tecnologías para las familias y menores: seguridad, riesgos en internet, violencia de género, apuestas y juego online, pornografía digital, etc.
- Otros :
- (*Especificar el contenido mínimo a implementar en cada Unidad didáctica que se elabore)

➤ ORGANIZACIÓN DIDÁCTICA Y METODOLÓGICA:

- Plan de Trabajo de las acciones formativas.
- Fases del mismo.
- Organización de los espacios.
- Distribución del tiempo.
- Tipos de agrupamientos.
- Colaboración con otros ámbitos profesionales o dispositivos para las actividades a realizar.

➤ EVALUACIÓN DE LAS ZFP.

➤ OBSERVACIONES.

3.- MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN CON MENORES A IMPLEMENTAR POR PARTE DEL PROGRAMA.

3.1- DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVO CON FAMILIAS Y MENORES.

3.2 – BASES Y METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN.

4.- SISTEMA DE COORDINACIÓN PREVISTO.

4.1.- COORDINACIÓN INTERNA:

4.1.1. COORDINACIÓN ESPECÍFICA CON SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN SOCIAL BÁSICA. Y CON LA RED DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A FAMILIAS, MEJORAS A APORTAR.

4.2.- COORDINACIÓN EXTERNA.

5.- MODELO DE EVALUACIÓN.

- Referencia- Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias. 2015. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
Protocolo de evaluación de la parentalidad positiva en tres contextos:
 - Buenas prácticas en el servicio desde el enfoque de la parentalidad positiva.
 - Buenas prácticas en el trabajo profesional con las familias desde el enfoque de la parentalidad positiva.
 - Buenas prácticas en los programas basados en evidencias desde el enfoque de la parentalidad positiva.

6.- OTROS DATOS DE INTERÉS.

En _____, a _____ de _____ de 20

Firmado y sellado: D/Dª _____

TÉCNICO/A DEL PROPREFAME.

SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA SALUD Y SERVICIOS SOCIALES
Avda. de las Américas nº 2. 06800 Mérida.

ANEXO II

MEMORIA TÉCNICA JUSTIFICATIVA DEL DESARROLLO DEL PROPREFAME 1 DATOS GENERALES DEL PROGRAMA:

1.1	DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD		
Nombre de la entidad			
Nº HABITANTES TOTAL.			
EN EL CASO DE SER MANCOMUNIDAD RELACIÓN DE LOCALIDADES:	LOCALIDAD	Nº HABITANTES.	

1.2	DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL “PROPREFAME 2024”.		
Nombre del programa			
Fecha de inicio		Fecha de finalización	
Nombre y apellidos del responsable técnico del programa			
Teléfono de contacto del responsable técnico del programa			
Dirección de correo electrónico del responsable técnico del programa			

2: PREVENCIÓN PRIMARIA: DESARROLLO DE ACCIONES FOMENTAN LA PARENTALIDAD POSITIVA:

2.1	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS CONTENIDOS ABORDADOS EN SUS ACTIVIDADES POR EL PROGRAMA. DESARROLLO DE LA PARENTALIDAD POSITIVA, ZONAS DE FORMACIÓN PARENTAL.

2.2	DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DESARROLLADO:
-----	--



III. USUARIOS/AS Y FAMILIAS.			
TOTAL DE FAMILIAS ASISTENTES A TODAS LAS ACTIVIDADES :			
Nº TOTAL DE FAMILIAS MONOPARENTALES			
Nº FAMILIAS NUMEROSAS			
Nº FAMILIAS CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
Nº FAMILIAS INMIGRANTES			
Nº FAMILIAS GITANAS			
Nº DE OTRAS (Especificar)			
Nº TOTAL DE FAMILIAS ASISTENTES A TODAS LAS ACTIVIDADES :			
PADRES Y MADRES ASISTENTES A LAS ACCIONES FORMATIVAS.			
INTERVALOS DE EDAD:	H	M	TOTAL:
18-20 AÑOS			
21-25 AÑOS			
26-30 AÑOS			
31-45 AÑOS			
46-55 AÑOS			
+ de 56 AÑOS			
TOTALES:			

MENORES: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (Nº TOTAL):			
INTERVALOS DE EDAD	H	M	TOTAL
0-2 AÑOS			
3 – 5 AÑOS			
6 – 11 AÑOS			
12 – 18 AÑOS			
TOTALES:			

2.3	ACTIVIDADES DESARROLLADAS:			
Nº	Denominación de la actividad:	Descripción de la actividad/ Lugar de celebración/ Organización de los espacios/ tipos de agrupamientos de los asistentes, etc.:	Número beneficiarios /destinatarios:	Evaluación de la actividad:
1				
2				

3				
4				
5				
6				
TOTAL				

2.4	CONTACTOS CON OTROS DISPOSITIVOS REALIZADOS DESDE EL PROGRAMA:			
Enumerar Los contactos con otros dispositivos:	1 2 3			
Especificar las actividades en las que se ha colaborado por parte del Programa y no ha sido organizado por el mismo:	1 2 3			

2.5	PUBLICIDAD ACTIVIDADES DEL PROGRAMA	
¿Se ha elaborado cartelería, publicidad, blogs, webs, etc. como material específico de apoyo al Programa?	Marcar lo que procede: Sí No	
En caso afirmativo especificar de manera general la documentación elaborada:		
Observaciones:		

*Describir y aportar de manera general lo que se considere necesario para ampliar las actividades realizadas desde el PROPREFAME 2024.

ACTIVIDAD 1 IMÁGENES, DATOS, ETC.

ACTIVIDAD 2 IMÁGENES, DATOS CONCRETOS, ETC.

3: MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN CON MENORES POR PARTE DEL PROGRAMA.

3.1	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVO CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL.		
EN COLABORACIÓN CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIAS:			
Nº TOTAL DE EXPEDTES EN INTERVENCIÓN:	Nº TOTAL DE EXPEDTES EN SEGUIMIENTO:	Nº TOTAL DE EXPEDTES EN SUPERVISIÓN:	TOTAL DE EXPEDIENTES 2024

3.2	DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVO CON FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL.
OBSERVACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN CON EL PAF Y LOS EXPEDIENTES EN FASE DE SUPERVISIÓN:	

ESTE ES TU ESPACIO, APORTA SI LO DESEAS ASPECTOS DE MEJORAS U OBSERVACIONES DE INTERÉS:

En _____, a _____ de _____ de 20

Firmado y sellado: D/Dª _____
TÉCNICO/A DEL PROPREFAME.

SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA SALUD Y SERVICIOS SOCIALES
Avda. de las Américas nº 2. 06800 Mérida.

ANEXO III (MANCOMUNIDADES)

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA FINANCIACIÓN DE LOS PROPREFAME

REGISTRO DE ENTRADA

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL					
Nombre de la Entidad				C.I.F	
Nº Registro Unificado Entidades y Centros Servicios Sociales de Extremadura					
Dirección					
Municipio			C.P.		Provincia
Nº Teléfono		Nº Fax			Correo Electrónico
Nombre y Apellidos del/la representante legal				D.N.I/N.I.F	
Cargo (representación que ostenta):					

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN					
Nombre y Apellidos					
Dirección					
Municipio			C.P.		Provincia
Otros medios o lugares para la notificación					

DATOS RELATIVOS A LA EJECUCION DEL PROPREFAME	
Nº DE MUNICIPIOS PERTENECIENTES A LA MANCOMUNIDAD EN LOS QUE SE VA A DESARROLLAR EL PROGRAMA	
Nº DE HABITANTES TOTALES DESTINATARIOS DEL PROGRAMA (Datos oficiales publicados por el INE)	

MUNICIPIOS DESTINATARIOS DEL PROPREFAME	
DENOMINACIÓN	NUMERO DE HABITANTES (Datos oficiales publicados por el INE)

Coste Total Del Programa	
Coste Partida de Personal	
Coste Partida de Dietas y Desplazamientos	

Este apartado solamente se rellenará en el caso de que la entidad aporte fondos propios para la ejecución del PROPREFAME.

Subvención Junta de Extremadura	
Aportación entidad beneficiaria	
Coste total ejecución programa	

SOLICITUD Y DECLARACIÓN

Como representante legal de la Entidad y en nombre de ella, **SOLICITO** que se tenga por presentado este escrito, con los documentos que se le acompañan y, en su virtud, acordar la concesión de la subvención para la financiación de la ejecución del PROPREFAME, a cuyo efecto:

DECLARO:

PRIMERO.- La veracidad de los datos consignados en esta solicitud y conocer lo establecido en la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

ACEPTO la concesión de la subvención que, una vez instruido el oportuno procedimiento, le pueda ser reconocida a la Entidad a la que represento así como las obligaciones que de ello se deriven.

☐ **ME OPONGO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales recabe de los organismos públicos competentes la información necesaria para comprobar los extremos referidos al cumplimiento de los requisitos y condiciones derivadas de la Orden de 6 de agosto de 2019.

☐ **ME OPONGO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado de que la entidad a la que represento se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones frente a la Seguridad Social, aportando en este caso la certificación correspondiente.

☐ **ME OPONGO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado de que la entidad a la que represento no tiene deudas exigibles con la Hacienda de la Comunidad Autónoma de Extremadura, aportando en este caso la certificación correspondiente.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 95.1 K) de la Ley 58/2003, General Tributaria, las Administraciones públicas podrán recabar o verificar los datos que a continuación se relacionan, previa autorización expresa del interesado. Para ello, deberá indicar el sentido de su consentimiento marcando la casilla correspondiente. Si no manifiesta su autorización expresa a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia efectúe dicha comprobación, deberá aportar en cada caso el documento solicitado.

☐ **AUTORIZO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado de que la entidad a la que represento se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias.

☐ **NO AUTORIZO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado de que la entidad a la que represento se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias, aportando en este caso la certificación correspondiente.

Junto a esta solicitud se acompaña la siguiente documentación sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado siguiente:

☐ Declaración del/la representante legal de la Entidad en la que se haga constar que la misma no se encuentra incurso en ninguna de las circunstancias establecidas en el artículo 12.2 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo que impiden obtener la condición de beneficiario de subvenciones públicas, de acuerdo con el modelo que se establece como Anexo V.

☐ Declaración del/la representante legal de la Entidad relativa a las subvenciones, ayudas, ingresos o recursos, solicitados y/o recibidos para la misma finalidad, procedentes de otras administraciones o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales, según el modelo que se establece como Anexo VI.

☐ Memoria Económica del coste de la ejecución del programa.

☐ En el caso de aportación de fondos propios: Certificado del Secretario y/o Interventor/a de la entidad donde se haga constar que se ha realizado la oportuna retención de crédito en el presupuesto de la Entidad correspondiente a la aportación económica para la primera anualidad, según modelo establecido en el Anexo VII.

- ☐ Las mancomunidades de municipios: copia de los Estatutos de creación.

En caso de que alguno/s de los documentos exigidos hubiera/n sido aportado/s anteriormente a cualquier Administración Pública, el/los interesado/s tiene/n derecho a no presentarlo/s, siempre que consigne los siguientes datos para su localización y no hayan transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que corresponda/n:

Documento	Fecha de presentación	Lugar de presentación

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS.

Se le informa que los datos facilitados en la presente solicitud correspondiente a la Consejería de Salud y Servicios Sociales se tratarán de conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Responsable del tratamiento de sus datos

Responsable Junta de Extremadura: Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales
Dirección. C/ Antonio Rodríguez Moñino, 2.06800 Mérida (Badajoz).
Correo electrónico: política.social@salud-juntaex.es
Teléfono de contacto: 924006012

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales:

Tramitación de los expedientes de subvenciones destinadas a la financiación de los gastos ocasionados por el desarrollo de los Programas de Prevención con familias y menores en riesgo social por parte de las entidades locales que resulten beneficiarias.

Tiempo que se van a mantener sus datos personales:

Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos. Los datos económicos de esta actividad de tratamiento se conservarán al amparo de lo dispuesto en la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, general tributaria.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos:

Podrán ser comunicados a:

Otros organismos u órganos de la Administración Pública sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento al interesado, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD

Transferencias internacionales de datos:

No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, le agradecemos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados.

En _____, a _____ de _____ de_____.

Firmado y sellado: D/Dª _____

SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA SALUD Y SERVICIOS SOCIALES
Avda. de las Américas nº 2. 06800 Mérida.

ANEXO IV (MUNICIPIOS)

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA FINANCIACIÓN DE LOS PROPREFAME

REGISTRO DE ENTRADA

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL					
Nombre de la Entidad				C.I.F	
Nº Registro Unificado Entidades y Centros Servicios Sociales de Extremadura					
Dirección					
Municipio		C.P.		Provincia	
Nº Teléfono		Nº Fax		Correo Electrónico	
Nombre y Apellidos del/la representante legal				D.N.I/N.I.F.	
Cargo (representación que ostenta):					

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN					
Nombre y Apellidos					
Dirección					
Municipio		C.P.		Provincia	
Otros medios o lugares para la notificación					

DATOS RELATIVOS A LA EJECUCION DEL PROPREFAME	
Nº DE HABITANES DEL MUNICIPIO (Datos oficiales publicados por el INE)	

Coste Total Del Programa	
Coste Partida de Personal	
Coste Partida de Dietas y Desplazamientos	

Este apartado solamente se rellenará en el caso de que la entidad aporte fondos propios para la ejecución del programa.

Subvención Junta de Extremadura	
Aportación entidad beneficiara	
Ejecución Programa	

SOLICITUD Y DECLARACIÓN

Como representante legal de la Entidad y en nombre de ella, **SOLICITO** que se tenga por presentado este escrito, con los documentos que se le acompaña y en su virtud acordar la concesión de la subvención para la financiación de la ejecución del PROPREFAME, a cuyo efecto:

DECLARO:

PRIMERO.- La veracidad de los datos consignados en esta solicitud y conocer lo establecido en la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

ACEPTO la concesión de la subvención que, una vez instruido el oportuno procedimiento, le pueda ser reconocida a la entidad a la que represento, así como las obligaciones que de ello se deriven.

☐ **ME OPONGO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales recabe de los organismos públicos competentes la información necesaria para comprobar los extremos referidos al cumplimiento de los requisitos y condiciones derivadas de la Orden de 6 de agosto de 2019.

☐ **ME OPONGO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado que la entidad a la que represento se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones frente a la Seguridad Social, aportando en este caso la certificación correspondiente.

☐ **ME OPONGO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado que la entidad a la que represento no tiene deudas exigibles con la Hacienda de la Comunidad Autónoma de Extremadura, aportando en este caso la certificación correspondiente.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 95.1 K) de la Ley 58/2003, General Tributaria, las Administraciones públicas podrán recabar o verificar los datos que a continuación se relacionan, previa autorización expresa del interesado. Para ello, deberá indicar el sentido de su consentimiento marcando la casilla correspondiente. Si no manifiesta su autorización expresa a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia efectúe dicha comprobación, deberá aportar en cada caso el documento solicitado.

☐ **AUTORIZO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado de que la entidad a la que represento se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias.

☐ **NO AUTORIZO** a que la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, recabe el certificado de que la entidad a la que represento se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias, aportando en este caso la certificación correspondiente.

Junto a esta solicitud se acompaña la siguiente documentación sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado siguiente:

- ☐ Declaración del/la representante legal de la Entidad en la que se haga constar que la misma no se encuentra incurso en ninguna de las circunstancias establecidas en el artículo 12.2 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo que impiden obtener la condición de beneficiario de subvenciones públicas, de acuerdo con el modelo que se establece como Anexo V.
- ☐ Declaración del/la representante legal de la Entidad relativa a las subvenciones, ayudas, ingresos o recursos, solicitados y/o recibidos para la misma finalidad, procedentes de otras administraciones o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales, según el modelo que se establece como Anexo VI.
- ☐ Memoria Económica del coste de la ejecución del programa.
- ☐ En el caso de aportación de fondos propios: Certificado del Secretario y/o Interventor/a de la entidad donde se haga constar que se ha realizado la oportuna retención de crédito en el presupuesto de la Entidad correspondiente a la aportación económica para la primera anualidad, según modelo establecido en el Anexo VII.

En caso de que alguno/s de los documentos exigidos hubiera/n sido aportado/s anteriormente a cualquier Administración Pública, el/los interesado/s tiene/n derecho a no presentarlo/s, siempre que consigne los siguientes datos para su localización y no hayan transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que corresponda/n:

Documento	Fecha de presentación	Lugar de presentación

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS.

Se le informa que los datos facilitados en la presente solicitud correspondiente a la Consejería de Salud y Servicios Sociales, se tratarán de conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (EU) de 27 de abril de 2016 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Responsable del tratamiento de sus datos

Responsable Junta de Extremadura: Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales

Dirección. C/ Antonio Rodríguez Moñino, 2.06800 Mérida (Badajoz).

Correo electrónico: política.social@salud-juntaex.es

Teléfono de contacto: 924006012

Finalidad con las que vamos a gestionar sus datos personales:

Tramitación de los expedientes de subvenciones destinadas a la financiación de los gastos ocasionados por el desarrollo de los Programas de Prevención con familias y menores en riesgo social por parte de las entidades locales que resulten beneficiarias.

Tiempo que se van a mantener sus datos personales:

Se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentos. Los datos económicos de esta actividad de tratamiento se conservarán al amparo de lo dispuesto en la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, general tributaria.

Destinatarios a los que se comunicará sus datos:

Podrán ser comunicados a:

Otros organismos u órganos de la Administración Pública sin precisar el previo consentimiento del interesado, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una Ley, que determine las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal, aunque deberemos informar de este tratamiento al interesado, salvo las excepciones previstas en el artículo 14.5 del RGPD

Transferencias internacionales de datos:

No están previstas transferencias internacionales de datos.

Sus derechos en relación con el tratamiento de datos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre la existencia de un tratamiento de sus datos, a acceder a sus datos personales, solicitar la rectificación de los datos que sean inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos o el interesado retire el consentimiento otorgado.

En determinados supuestos podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo los conservaremos de acuerdo con la normativa vigente.

En determinados supuestos puede ejercitar su derecho a la portabilidad de los datos, que serán entregados en un formato estructurado, de uso común o lectura mecánica a usted o al nuevo responsable de tratamiento que designe.

Tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Dispone de formularios para el ejercicio de este derecho elaborados por la Agencia Española de Protección de Datos.

El plazo máximo para resolver es el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud, pudiendo ser prorrogado dos meses más atendiendo al volumen de reclamaciones presentadas o a la complejidad de la misma.



En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, le agradecemos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados.

En _____, a _____ de _____ de_____.

Firmado y sellado: D/D^a_____

ANEXO V

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN PROHIBICIÓN ALGUNA PARA OBTENER SUBVENCIONES

D/D^a....., con D.N.I. nº..... actuando como representante legal de/la Municipio/Mancomunidad.....con C.I.F. nº:.....

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, que la Entidad a la que represento NO se halla incurso en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 12.2 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura:

En....., a.....de.....de.....

El/La Representante Legal

Fdo. _____

ANEXO VI

DECLARACIÓN RESPONSABLE RELATIVA A LAS AYUDAS RECIBIDAS Y/O SOLICITADAS PARA LA FINANCIACIÓN DEL PROPREFAME

D/D^a....., con D.N.I. n°..... actuando como representante legal del/la Municipio/Mancomunidad..... con C.I.F. n°:.....

- DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad, le ha sido reconocida con fecha..... una subvención o ayuda de.....€ (importe en letra), para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME, por parte de la/s siguiente/s entidad/es:.....

- DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad, ha solicitado con fecha..... una subvención o ayuda de.....€ (importe en letra), para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME, a la/s siguiente/s entidad/es:.....

- DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad no ha solicitado ninguna otra subvención o ayuda para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 31.2 de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E n° 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

El/La Representante Legal

Fdo. _____

ANEXO VII

CERTIFICADO RETENCIÓN DE CRÉDITO

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....

D/D^a....., con D.N.I. nº..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de con
C.I.F. nº:.....:

CERTIFICA

Que en el Presupuesto de esta Entidad para el ejercicio.... se ha efectuado una retención de crédito con fecha de....., con número de operación contable....., en la/s partida/s presupuestaria/s....., por importe de.....correspondiente a la aportación complementaria del Ayuntamiento /Mancomunidad de.....para la financiación del PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 23 de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

ANEXO VIII

MODELO DE CERTIFICADO DE INICIO DE ACTIVIDAD MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....

D/D^a....., con D.N.I. n^o..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de.....con
C.I.F. n^o:.....:

CERTIFICA:

Que habiéndosele concedido una ayuda por importe de(importe en
número)(importe en letra), se ha iniciado la actividad objeto de la subvención con
fecha dede

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de
Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo
28 de la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E n^o 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

V^o B^o
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

ANEXO IX

MODELO DE CERTIFICADO DE JUSTIFICACIÓN DE GASTOS Y PAGOS

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....
D/D^a....., con D.N.I. nº..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de.....con
C.I.F. nº:.....:

CERTIFICA:

Que según consta en los documentos y antecedentes obrantes en esta Intervención a mi cargo, resulta que en relación a la subvención concedida por parte de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a este/a Ayuntamiento/Mancomunidad por importe de.....€, al amparo de la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E nº 159 de 19 de agosto), los gastos habidos en la ejecución del mencionado Programa ascienden a la cantidad de€ (Importe en letra), habiéndose destinado a la finalidad para la que fue concedida y habiéndose efectuado pagos por dicho importe, los cuales corresponden a los siguientes capítulos:

- PERSONAL.....€
- GASTOS DIETAS Y DESPLAZAMIENTOS€

Asimismo, con cargo a la aportación de la entidad local, los gastos habidos en la ejecución del mencionado Programa, a fecha del presente, ascienden a.....€ (Importe en letra), habiéndose efectuado pagos por dicho importe.*

* Este apartado solamente se cumplimentará en el caso de que la entidad aporte fondos propios para la ejecución del PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 28 de la Orden 6 de agosto de 2019, relativo a la forma de pago y justificación de las subvenciones, expido la presente certificación de orden y con el Visto Bueno del Sr/Sra. Alcalde/Alcaldesa/ Presidente/a, enade..... de

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

ANEXO X

MODELO DE CERTIFICADO DE INGRESO

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....
D/D^a....., con D.N.I. n°..... actuando como
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad dcon
C.I.F. n°:.....:

CERTIFICO:

Que según consta en los documentos y antecedentes obrantes en esta Intervención a mi cargo, resulta que en relación a la subvención concedida por parte de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a este Municipio/Mancomunidad por importe de€, al amparo de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E n° 159 de 19 de agosto), el primer pago, correspondiente al primer 50%, ha sido formalizado mediante mandamiento de ingreso n°..... de fecha.....y contabilizado en la partida presupuestaria, por importe de€ con destino al fin para el que ha sido concedido.

Que según consta en los documentos y antecedentes obrantes en esta Intervención a mi cargo, resulta que en relación a la subvención concedida por parte de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura a este Municipio/Mancomunidad por importe de€, al amparo de la Orden de 6 de agosto de 2019, (D.O.E n° 159 de 19 de agosto), el segundo pago, correspondiente al segundo 50%, ha sido formalizado mediante mandamiento de ingreso n°..... de fecha.....y contabilizado en la partida presupuestaria, por importe de€ con destino al fin para el que ha sido concedido.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Secretaría General de Servicios Sociales, Inclusión, Infancia y Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 28 de la mencionada orden, relativo a la forma de pago y justificación de las subvenciones, expido la presente certificación.

En....., a.....de.....de.....

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

ANEXO XI

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DE LA SUBVENCIÓN

D/Dña. _____ con NIF _____ en
calidad de Secretario/a de la entidad _____ con
NIF _____ y domicilio en C/ _____ de la
localidad de _____.

Con fecha _____, por Resolución de la Directora
General de Servicios Sociales, Infancia y Familias se concedió a la entidad
_____ con NIF nº _____, la concesión de una subvención
a favor de ésta para el desarrollo del Programa
_____.

De conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de
Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en el que se establece que la
Resolución deberá ser aceptada por el beneficiario.

DECLARA

Que la entidad a la que represento, acepta la concesión de la subvención para el desarrollo del
Programa _____ en los términos y
condiciones establecidos por la Resolución de la Directora General de Servicios Sociales, Infancia
y Familias, de fecha _____.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento conforme
En, a de de

Vº Bº
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

ANEXO XII

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE DIFUSIÓN Y PUBLICIDAD

D/Dña. _____ con NIF _____ en
calidad de Secretario/a de la entidad _____ con
NIF _____ y domicilio en C/ _____ de la
localidad de _____.

CERTIFICO, que la entidad _____ con
NIF _____ ha sido beneficiaria de una subvención por Resolución de
la Directora General de Servicios Sociales, Infancia y Familias de fecha _____,
para el desarrollo del Programa _____ cumple las
medidas de publicidad recogidas en la Ley 6/2011, de 23 de marzo, adjuntando junto al presente
certificado fotografía de la placa/cartel identificativa del programa subvencionado.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento conforme ____
En, a de de

Vº Bº
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____

ANEXO XIII

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL PERSONAL CONTRATADO

D/Dña. _____ con NIF _____ en
calidad de Secretario/a de la entidad _____ con
NIF _____ y domicilio en C/ _____ de la
localidad de _____.

DECLARO, que todo el personal contratado, para el desarrollo del Programa _____, al que corresponda realizar tareas que impliquen contacto habitual con menores, cuenta con la certificación negativa exigida por el artículo 13.5 de la Ley de Protección Jurídica del Menor, reconociendo la obligación de proceder a la inmediata sustitución del trabajador de la entidad que no cumpla esta prescripción legal, aún de forma sobrevenida.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento conforme

En, a de de

Vº Bº

EL/LA ALCALDE/ALCALDESA

EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A

EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____