|  |  |
| --- | --- |
| **Programa de Respiro Familiar** | 2021 |
|  |  |



|  |
| --- |
|  |
|  |

Índice

[1. INTRODUCCIÓN 3](#_Toc65771505)

[2. OBJETO DEL PROGRAMA 3](#_Toc65771506)

[3. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA 4](#_Toc65771507)

[4. CRITERIOS DE CALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE RESPIRO 6](#_Toc65771508)

[5. SOLICITANTES 6](#_Toc65771509)

[6. CRITERIOS A VALORAR EN LA CONCESION DE LA AYUDA 6](#_Toc65771510)

[7. COMPROMISO DE LAS ENTIDADES 7](#_Toc65771511)

[8. DURACIÓN DEL PROGRAMA 8](#_Toc65771512)

[9. POBLACIÓN BENEFICIARIA 8](#_Toc65771513)

[10. FINANCIACIÓN DE LAS ACTIVIDADES 8](#_Toc65771514)

[11. SEGURO 8](#_Toc65771515)

[12. SOLICITUDES 9](#_Toc65771516)

[13. PLAZOS 9](#_Toc65771517)

[14. RESOLUCIÓN 9](#_Toc65771518)

[15. ACUERDO DE LA ENTIDAD 9](#_Toc65771519)

[16. DOCUMENTACIÓN 9](#_Toc65771520)

[17. PROCESO 11](#_Toc65771521)

# 1. **INTRODUCCIÓN**

En este programa se ofrece a las entidades financiación para desarrollar servicios y actividades de respiro y conciliación dirigidas a familiares y/o personas cuidadoras principales que tienen a su cargo personas con discapacidad intelectual o del desarrollo **empadronadas en el municipio de Madrid.**

Dentro del convenio establecido entre el Ayuntamiento de Madrid y Plena Inclusión Madrid para desarrollar este proyecto, y conforme a los criterios establecidos por esta administración, la población beneficiaria directa es la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y se considera que indirectamente familiares y cuidadores/as que disfrutan de respiro para ella.

Este programa está financiado por el Ayuntamiento de Madrid.

# 2. OBJETO DEL PROGRAMA

Los servicios de respiro deben apoyar de forma temporal a la familia y personas cuidadoras principales en la atención a la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo que vive con ellos, ofreciendo la oportunidad de favorecer el desarrollo de una vida familiar, personal, laboral y social más satisfactoria. **Por ello es necesario atender la demanda de cada familiar de forma individualizada, ofreciendo el servicio que responda a sus necesidades en cada momento.**

El Servicio de Respiro NO es:

* un servicio solicitado por la propia persona con discapacidad intelectual o del desarrollo
* un servicio que sustituye la falta de plazas en centros
* un servicio para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo atendidas en servicios de vivienda
* un servicio para personas sin familia que viven en un servicio de vivienda o de manera independiente
* un servicio de Ayuda a Domicilio para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo
* una actividad que se dé en horario del Centro y dentro del mismo
* un servicio de vacaciones cortas
* un servicio en grupo

Existen diferentes documentos que describen los objetivos y procedimientos para el desarrollo de cada una de estas actividades que en su día se enviaron a vuestra entidad y que también están disponibles en *https:// plenainclusionmadrid.org/*

*Servicios de Respiro Familiar. Cuadernos de Buenas Prácticas 2008.*

# 3. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Las Entidades participantes se encargarán de la ejecución de los servicios de acuerdo con las siguientes modalidades:

* *ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DE LOS DOMICILIOS. En este apartado se incluyen:*
  + - Acompañamientos

Esta modalidad se define como la prestación del servicio que consiste en acompañar a la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo, por un periodo de tiempo limitado, al servicio al que acude regularmente.

*Nota: aunque un acompañamiento se haga fuera del domicilio, debe ser registrado en este apartado, ya que la referencia es el hogar de la persona.*

* + - Apoyos puntuales por horas **individuales.**

Los apoyos puntuales se definen como la prestación del servicio de respiro en el propio domicilio familiar. El profesional se desplaza al domicilio para atender a la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo mientras sus familiares realizan gestiones, acuden a eventos, disfrutan de su tiempo de ocio, etc.

La totalidad del servicio no tendrá que darse obligatoriamente dentro del domicilio familiar. Se acordarán entre el profesional y la propia persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y su familia las actividades a realizar.

La utilización de esta modalidad vendrá determinada por las necesidades de la familia y siempre será valorada por la Entidad.

Los apoyos puntuales por horas individualesson un servicio de atención a la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo. En ningún momento el profesional realizará tareas que no tengan que ver con el cuidado de la persona tales como limpieza del domicilio, compra de alimentos, recados, etc.

* + - **Acciones telemáticas** o presenciales dirigidas a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo para favorecer las relaciones sociales y el descanso familiar.

Estas acciones están contempladas de manera excepcional por la situación de crisis sanitaria originada por la COVID-19. Se trata de la posibilidad de ofrecer encuentros telemáticos (y presenciales si la situación sanitaria mejora a lo largo del año en curso) para favorecer que las personas con discapacidad intelectual puedan seguir manteniendo relaciones sociales a pesar de la situación sanitaria y que los familiares puedan descansar.

* *ACTIVIDADES REALIZADAS FUERA DE LOS DOMICILIOS. En este apartado se incluyen:*
  + - **Estancias** en alojamientos especializados.

Esta modalidad se define como la prestación del servicio de respiro en un centro residencial en el que la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo recibe los apoyos necesarios.

La utilización de esta modalidad será por periodos comprendidos entre un mínimo de 1 día y un máximo de 15, divididos de la siguiente manera:

* Estancia corta: de 1 a 3 días
* Estancia media: de 4 a 7 días
* Estancia larga: de 8 a 15 días
  + - **Apoyos puntuales** por horas compartidos.

Servicio que se facilita a un grupo de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, ya sea porque la familia tiene más de un miembro con discapacidad intelectual o con motivo de una actividad de un grupo de madres y padres. Se podrá solicitar esta modalidad a partir de dos personas y hasta un máximo de cinco por módulo, con el fin de mantener unos criterios mínimos de calidad.

* + - **Excursiones**.

Organización de una salida en grupo al entorno para realizar actividades de recreo o ejercicio físico y responder a la demanda de respiro de varias familias.

* + - **Salidas culturales.**

Organización de una o varias salidas en grupo que permiten a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que participan en ellas ampliar sus conocimientos. Deben tener un objetivo pedagógico previamente especificado. Esta actividad tiene que responder a la demanda de respiro de varias familias.

* + - **Salidas** **de fin de semana**.

Organización de actividades de carácter lúdico o recreativo que se desarrollan en un fin de semana para responder a la demanda de varias familias.

* + - **Campamentos/Vacaciones**

Organización de un campamento para un grupo o imputación de los costes de una persona en un programa de vacaciones para responder a las necesidades de una o varias familias.

# 4. CRITERIOS DE CALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE RESPIRO

Para el desarrollo de las actividades descritas en el apartado anterior se deberán cumplir los siguientes criterios.

* La prestación del servicio de respiro debe realizarse en el hogar o en el lugar más cercano, en la medida de lo posible, para facilitar que la persona con discapacidad o del desarrollo continúe realizando sus actividades cotidianas y refuerce sus relaciones comunitarias.
* Durante la prestación del servicio la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo tendrá la opción de participar en actividades en las que pueda ocupar su tiempo mientras dura el servicio.
* El número de personas atendidas en una **actividad grupal no será superior a 12** personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (sin contar los profesionales de apoyo), para facilitar que la actividad sea lo más normalizada e inclusiva posible.
* Las personas de apoyo y profesionales que presten servicios de respiro a las familias deben ser remuneradas, es decir, estarán contratados para la realización de dichos servicios o formarán parte de la plantilla de la Entidad.

# 5. SOLICITANTES

Entidades federadas cuya **sede social** se encuentre en el municipio de Madrid.

# 6. CRITERIOS A VALORAR EN LA CONCESION DE LA AYUDA

**Criterios comunes para los programas de Plena Inclusión Madrid (con una incidencia del 25% en la puntuación final)**

* Contribución de las entidades solicitantes al movimiento asociativo:
  + Económica (cuota variable en función del número de personas atendidas).
  + Humana (participación de profesionales de la entidad).
* Aportación de datos solicitados por la Federación para la elaboración de la Memoria Anual.
* Entrega en tiempo y forma del proyecto que se presenta a la convocatoria.
* Justificación en tiempo y forma de subvenciones anteriores.
* Proyecto participado por varias entidades del movimiento asociativo (si procede).

**Criterios específicos para el programa Respiro Familiar de Plena Inclusión Madrid (con una incidencia del 75% en la puntuación final)**

* Número de familiares atendidos.
* Estructura profesional estable vinculada al trabajo con familias y familiares.
* Pertenecer a la RED de Dinamizadores y/o al sitio SIO de la intranet de trabajadores sociales.
* Calidad Técnica.
* Asumir los compromisos explícitos de la convocatoria.

# 7. COMPROMISO DE LAS ENTIDADES

Las entidades interesadas en participar en el Programa deben cumplir los siguientes requisitos:

* Tener su sede social registrada en el municipio de Madrid.
* Presentar la solicitud **(anexo 1).**
* Presentar la hoja de Aceptación de la Entidad firmada por su Gerente **(anexo 2).**
* Notificar cualquier cambio sobre el conjunto de actividades comprometidas a realizar.
* Desarrollar los servicios de respiro en la forma, condiciones y plazos descritos en esta convocatoria.
* Trasladar los datos de servicios/actividades llevadas a cabo a lo largo del año, **cumpliendo estrictamente los envíos de los seguimientos cuatrimestrales establecidos en las presentes bases** (**Anexo 6).**
* Incorporar de forma visible en el material de difusión del programa el logotipo del Ayuntamiento de Madrid y de Plena Inclusión Madrid.
* Aceptar familias y/o personas cuidadoras principales **no asociadas a su entidad** derivados desde Plena Inclusión Madrid.
* Someterse a las actuaciones de comprobación, seguimiento e inspección por parte de Intervención General de la Administración Pública.
* Asegurar a la población beneficiaria, personas de apoyo y profesionales que realizan los servicios.
* En caso de no poder realizar el gasto, notificar la renuncia de la cuantía concedida mediante el Escrito de Renuncia **(Anexo 3)** tan pronto como sea posible y como máximo **antes del 30 de septiembre** **del año en curso** para que pueda ser utilizado por otra entidad. No informar de la renuncia en tiempo, además de ser muy poco solidario, implicará la reducción del importe no justificado en la concesión del año siguiente.
* No tener ningún tipo de deuda con el Ayuntamiento de Madrid.

**El incumplimiento de alguno de los compromisos implicará una disminución del 20% en la subvención concedida a la Entidad para el siguiente año.**

# 8. DURACIÓN DEL PROGRAMA

El periodo de ejecución de las actividades comprenderá del **1 de enero al 1 de diciembre de 2021.**

Las actividades que se realicen en el mes de diciembre vendrán explicitadas en un documento a parte firmado por el gerente de la Entidad, cuyo modelo se adjunta en estas bases.

# 9. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Familiares y/o personas cuidadoras principales, así como tutores/as que tengan a su cargo personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que estén **empadronadas en el municipio de Madrid.**

Recordamos que hay dos tipos de población beneficiaria:

* Directa: personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.
* Indirecta: Familiares y/o personas cuidadoras principales, así como tutores/as que solicitan el servicio.

En todos los casos, al solicitar un servicio de respiro se deberá adjuntar el certificado de empadronamiento en vigor de su familiar con discapacidad intelectual o del desarrollo**.**

# 10. FINANCIACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

El gasto máximo imputable al programa de respiro por cada tipo de servicio será el siguiente:

* para estancias en servicios de residenciales/vivienda: los precios públicos reconocidos y publicados por cada tipo de servicio.
* para apoyos por horas y acompañamientos: 16 €/hora

Los servicios son **gratuitos** para las familias.

# 11. SEGURO

Es obligatorio asegurar a la población beneficiaria directa y las personas que realizan los servicios en las actividades de respiro.

Plena Inclusión Madrid tiene suscrito un seguro de accidentes y de responsabilidad civil para la ejecución de los servicios. Para utilizarlo las entidades enviarán la solicitud de respiro según el procedimiento y plazos establecidos más adelante.

Sin embargo, cada entidad podrá utilizar su propio seguro siempre y cuando dé una cobertura suficiente para este tipo de actividades.

# 12. SOLICITUDES

Las entidades interesadas pueden presentar sus solicitudes por dos vías:

* Plena Inclusión Madrid.

Avda. Ciudad de Barcelona, 108 Esc. 2 bajo D

28007 Madrid

* Mail: [lourdespiris@plenamadrid.org](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org)

Aportando la siguiente documentación debidamente rellena, firmada y sellada en tiempo y forma:

* Hoja de solicitud del programa **(anexo 1).**

# 13. PLAZOS

El plazo de presentación de solicitudes es hasta el **12 de marzo de 2021 (anexo 1).**

# 14. RESOLUCIÓN

A lo largo del día **18 de marzo** se comunicará a las Entidades la resolución del reparto y las concesiones.

# 15. ACUERDO DE LA ENTIDAD

Las Entidades deberán remitir, como tarde, el día **25 de marzo** la hoja de aceptación con la concesión firmada y sellada por el Gerente **(anexo 2).** Entendemos que aquellas Entidades que no envíen esta hoja debidamente firmada y sellada renuncian a esta cantidad y por lo tanto a su participación en el Programa.

# 16. DOCUMENTACIÓN

Todas las Entidades deberán utilizar y presentar en tiempo y forma los documentos/protocolos que a continuación se detallan.

* Para participar en esta convocatoria:
* Hoja de solicitud del programa **(anexo 1).**
* Hoja de aceptación **(anexo 2)**.
* Para renunciar a parte de la cuantía concedida en el programa:
* Escrito de renuncia **(anexo 3)**.
* Ficha de solicitud del servicio **(anexo 4),** **sólo si utiliza el seguro de Plena Inclusión Madrid.**
* **Por cada servicio de respiro será necesario presentar:**
* **Certificado de empadronamiento de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo en vigor** (en aquellos casos en los que la familia se beneficie de más de un servicio de respiro, solo habrá que entregarlo una vez siempre y cuando no haya superado los 6 meses de validez del padrón).
* **Ficha de valoración del servicio de la Familia/persona cuidadora/ tutor/a (anexo 5).** Se cumplimentará una evaluación por cada servicio de respiro. Si una familia se beneficia de varios servicios de respiro durante el año, deberá cumplimentar una valoración por servicio.
* Para justificar:
* Datos cuatrimestrales de atención **(anexo 6).**
* **Certificado de no tener antecedentes de delitos sexuales**, otorgado por el Ministerio de Justicia, de todos los profesionales que participen en los servicios de respiro. Se enviarán con los datos cuatrimestrales.
* Las **valoraciones de los servicios se entregarán cuatrimestralmente** conjuntamente con el resto de los datos solicitados en los seguimientos cuatrimestrales.
* Modelo de factura y cargo **(anexos 7 y 8),** según se vayan realizando los servicios se irán presentando, como se específica más adelante.
* **Anexo 11** desglose de Gastos de Personal (Cuando se justifiquen gastos de personal).
* PERFIL DE LA FAMILIA **(anexo 9**). Se entregará con los datos consolidados de **todas las familias participantes** en el programa el **30 de noviembre del año en curso.**
* **Al final de año se entregará la valoración media de todos los servicios** de respiro realizados. Para ello, cada entidad calculará la media de cada uno de los ítems y los volcará en el mismo **Anexo 5** y nombrará al documento: *“Nombre entidad Valoración Media Familias”.*

# 17. PROCESO

**Solicitud**

Las Entidades interesadas presentarán la solicitud de participación en el Programa de Respiro del Ayuntamiento de Madrid siguiendo los modelos establecidos en la convocatoria.

**Análisis de la solicitud**

Una vez acabado el plazo de presentación de solicitudes, desde Plena Inclusión Madrid se analizan todas y en base a unos criterios se realiza la asignación económica a cada Entidad.

**Resolución**

Se comunica a las Entidades la cantidad económica asignada.

**Acuerdo de la Entidad**

La entidad, en la figura de su gerente, firmará el compromiso de acuerdo (**Anexo 2**) y lo enviará a Plena Inclusión Madrid.

**Desarrollo de los servicios**

Si utilizan el seguro de PLENA INCLUSION MADRID:

* La entidad enviará por e-mail a: [lourdespiris@plenamadrid.org](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org) la ficha de solicitud del servicio **(anexo 4) con los certificados de empadronamiento de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo.** Siempre se enviará con **5 días de antelación.**
* Ante situaciones excepcionales y/o de urgencia podrá variar este tiempo de antelación.
* Plena Inclusión Madrid notifica al seguro el servicio para que quede cubierto. Es importante que si se produce cualquier cambio con respecto a la solicitud presentada se notifique por escrito antes de realizar el servicio explicando los motivos del cambio. Si la incidencia no permite informar antes del servicio debe hacerse lo antes posible.

*NOTA: Los 2 pasos anteriores NO son necesarios si la entidad no utiliza el seguro que tiene* Plena Inclusión Madrid.

* Cada Entidad solicitará a las **familias** participantes una **valoración** de los servicios **(anexo 5)** recibidos que **se entregará el 30 de noviembre**.
* Cada Entidad presentará la plantilla de **PERFIL DE LA FAMILIA** con los datos consolidados de todas las familias participantes en el programa a lo largo del año el **30 de noviembre.**

Es importante que las familias sepan que el servicio lo reciben gracias a la financiación del Ayuntamiento de Madrid. En este sentido además conviene contextualizar el programa en términos de movimiento asociativo (qué es Plena Inclusión Madrid, qué valor tiene formar parte de un movimiento de familias, etc.).

**Servicios que se realicen en el mes de diciembre**

Las Entidades que vayan a desarrollar servicios a lo largo del mes de diciembre, tendrán que enviarnos la **previsión de dichos servicios** con el coste económico el **30 de noviembre**, firmado y sellado por el Gerente de la Entidad. **(Anexo 10)**

Estos servicios **se justificarán antes del 15 de enero de 2022**.

**Seguimiento de las actividades**

Es conveniente llevar un registro de cada una de las actividades realizadas (fecha realización, lugar, …) como se indica en el **anexo 6**.

Para facilitar este seguimiento Plena Inclusión Madrid ha elaborado unas Fichas de registro que permiten a cada entidad llevar un control del gasto y de las actividades realizadas paralelo al que realiza Plena Inclusión Madrid. **(Anexo 6).** Esta hoja deberá remitirse a Plena Inclusión Madrid en las siguientes fechas:

* Primer cuatrimestre: **30 de abril**
* Segundo cuatrimestre: **31 de agosto**
* Tercer cuatrimestre: **30 de diciembre**

Estos seguimientos son acumulativos, de modo que, el segundo envío, deberá contener la información del primero más los datos de los servicios nuevos y en el tercer seguimiento se añadirán los servicios prestados en el último cuatrimestre. De modo que el Anexo 6 reflejará a final del año, todos los servicios prestados por la entidad*.*

**Se enviarán a** [**lourdespiris@plenamadrid.org**](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org)

**Justificación Económica:**

Las facturas y los cargos de los servicios de respiro **se presentarán a medida que se vayan realizando y no más tarde de un mes después de la realización del servicio.**  No se admitirán ninguna justificación pasada esa fecha.

Aquellas entidades que realicéis muchos servicios en un mismo mes os recomendamos que agrupéis los mismos en una única factura (aunque se traten de apoyos prestados a beneficiarios diferentes) para ahorrar tramites de facturación, pago y contabilidad tanto para vosotros como para nosotros)

El **30 de noviembre** deberán estar justificados **TODOS** los servicios realizados hasta la fecha.

**Normas para la justificación:**

Existe una documentación común, la cual deben presentar todas las entidades participantes y otra que dependerá de si el servicio se realiza con personal e instalaciones propias, o a través de recursos externos. Es muy importante respetar las fechas de entrega establecidas.

Desde 2020, la documentación tenemos que presentarla en el Ayuntamiento de Madrid de manera telemática, por lo que sólo tendréis que presentarnos en soporte papel las facturas o cargos emitidos por vuestras entidades para proceder a su registro contable. El resto de documentación (Nóminas, contratos, RNT, RLC, Modelo 111 y 190 de retenciones, justificantes de pago, facturas de gastos y declaraciones responsables deberán remitirse de manera electrónica.

Esto supone un cambio con relación a las convocatorias anteriores, por lo que durante el mes de marzo os remitiremos una guía de justificación económica en la que se os detallará como remitir esta documentación (Nomenclatura de los ficheros a enviar, tamaño máximo de los mismos, sello de imputación…)

**ELEMENTOS QUE HAN DE CONTENER TODAS LAS FACTURAS QUE ELABOREN LAS ENTIDADES.**

Las facturas presentadas deben reflejar:

* Número de factura
* Lugar y Fecha de emisión (se exige que la fecha de emisión esté comprendida dentro del periodo de ejecución del programa)
* Nombre, Apellidos, Denominación o Razón Social, dirección y CIF de la entidad que emite la factura
* Nombre, Dirección y CIF del destinatario (Plena Inclusión Madrid)
* Número de cuenta para realizar el pago por transferencia
* Firma y sello del que emite la factura
* Precio unitario de la operación con IVA reflejado o exento de IVA en su caso (añadiendo el artículo que corresponda).
* **CONCEPTO, que habrá de incluir los siguientes datos:**
  + **Tipo de actividad**: según clasificación del punto 3.- ACTIVIDADES DEL PROGRAMA, incluyendo descripción concreta de la actividad, por ejemplo, SALIDA CULTURAL: Visita al Museo de Ciencias.
  + **Nº Horas**: especificar en todos los casos. No se admitirá señalar el nº de días.
  + **Población beneficiaria directa:** se refiere al Nº de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que participan en la actividad. Es necesario desagregar por sexo esta información. Indicar nombre y apellidos.
  + **Población beneficiaria indirecta**: se refiere a unidades familiares completas, es decir, que, si una unidad familiar es de 4 miembros incluida la persona con discapacidad intelectual, el nº de personas beneficiadas indirectos cuando esta persona participara en una actividad dentro del marco del programa sería de 3. Es necesario desagregar por sexo esta información. Indicar nombre y apellidos.

**ELEMENTOS QUE HAN DE CONTENER TODOS LOS CARGOS QUE ELABOREN LAS ENTIDADES.**

**Los cargos presentados deben reflejar:**

* Nombre, dirección y CIF de la entidad que emite el cargo.
* Número de cargo.
* Nombre, dirección y CIF del destinatario (PLENA INCLUSION MADRID)
* Lugar y Fecha de Emisión del Cargo.
* **CONCEPTO, que habrá de incluir los siguientes datos:**
  + **Tipo de actividad**: según clasificación del punto 3.- ACTIVIDADES DEL PROGRAMA incluyendo descripción concreta de la actividad, por ejemplo, SALIDA CULTURAL: Visita al Museo de Ciencias.
  + **Nº Horas**: especificar en todos los casos. No se admitirá señalar el nº de días
  + **Relación de población beneficiaria y apoyos**: especificar con nombre y apellidos.
  + **Población beneficiaria directa:** se refiere al Nº de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que participan en la actividad. Es necesario desagregar por sexo esta información. Indicar nombre y apellidos.
  + **Población beneficiaria indirecta**: se refiere a unidades familiares completas, es decir, que, si una unidad familiar es de 4 miembros incluida la persona con discapacidad intelectual, el nº de personas beneficiadas indirectos cuando esta persona participara en una actividad dentro del marco del programa sería de 3. Es necesario desagregar por sexo esta información. Indicar nombre y apellidos.
  + Se indicará el nº de factura/s y el importe que se computan la cargo.
* Firma y sello del que emite el cargo.

**CUADRO RESUMEN FECHAS TOPE**

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitud del programa | 12 de marzo 2021 |
| Resolución | 18 de marzo de 2021 |
| Acuerdo de la entidad | 25 de marzo de 2021 |
| Presentación solicitudes servicio respiro | 5 días antes de realizarlo |
| Datos cuatrimestrales de atención | 30 de abril  31 de agosto  30 de diciembre |
| Cambios en la solicitud por escrito | Lo antes posible |
| Escrito de renuncia | Antes del 30 de  septiembre de 2021 |
| Justificación servicios de respiro  (Incluyendo la factura o cargo emitido por la entidad, así como la documentación justificativa de los gastos incurridos-facturas y nóminas- y los pagos realizados.) | Se presentarán a medida  que se vayan realizando y  no más tarde de un  mes después de la  realización del servicio. |
| Perfil de las Familias | 30 de noviembre de 2021 |
| Actividades mes de diciembre | 30 de noviembre de 2021 |
| Declaración responsable de estar al corriente de pago de con Hacienda y Seguridad Social, sellada y firmada. (No es necesario aportar certificados individuales emitidos por cada uno de los organismos, basta con la declaración de la entidad) | 30 de enero 2022 |
| Remisión por e-mail del Anexo 11 Resumen | 30 de enero 2022 |
| Remisión por e-mail de los RNT y RLC (Documentos de cotización) ,111 y 190 (modelos de retenciones) | 15 de febrero 2022 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Anexos** |
|  | **Programa de Respiro 2021** |

## HOJA DE SOLICITUD (anexo 1)

D / Dª: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Perteneciente a la Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En calidad de Presidente / Gerente, deseo que la Entidad a la que represento participe en el Programa de Respiro 2021.** Mi previsión de servicios para desarrollar el programa en la entidad es:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO ACTIVIDAD** | **MODALIDAD** | | **Nº aproximado** |
| **Actividades realizadas dentro de los domicilios** | Acompañamientos | |  |
| Apoyos puntuales por horas individuales | |  |
|  | Acciones telemáticas o presenciales dirigidas a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo para favorecer las relaciones sociales y el descanso familiar | |  |
| **Actividades realizadas fuera de los domicilios** | Apoyos puntuales por horas compartidos | |  |
| Estancias en alojamientos especializados | Corta (1 a 3 días) |  |
| Media (4 a 7 días) |  |
| Larga (8 a 15 días) |  |
| Excursiones | |  |
| Salidas culturales | |  |
| Salidas de fin de semana | |  |
| Campamentos/vacaciones | |  |

**Cantidad solicitada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €**

Persona de contacto *que se responsabilizarán de desarrollar el programa.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.Nombre: | 2. Apellidos: | | |
| 3. Función/cargo en la entidad: | | | 4. Email: |
|  |
| 5. Teléfono: | | 6. Fax: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Características de la población atendida | | | | | **Familiares s** | | | | | | | |
| Nº Familias monoparentales | | Nº Familiares por edad | | | Nº familias por  nivel de renta | | | | Nº familias con hijos con necesidades apoyo | | | Nº familias con hijas/os  no atendidos |
| *“mono-maternales”* | *“mono-paternales”* | *Jóvenes*  *(-45)* | *Media*  *(46-65)* | *Mayores*  *>65* | *Alta* | *Media* | *Baja* | *Muy baja* | *Intermi-tente o limitado* | *Extenso* | *Generali-zado* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nº TOTAL FAMILIAS EN LA ENTIDAD: | | | | |  | | | |  | | | |

* ¿Cuenta la entidad con estructura profesional estable vinculada al trabajo con familias y familiares? SI / NO
* ¿Pertenece la entidad a la RED de Dinamizadores y/o al sitio SIO de la intranet de

trabajadores sociales? SI / NO

En caso de ser aceptada nuestra solicitud nos comprometemos a desarrollar los servicios de acuerdo a la convocatoria y a cumplir con los requisitos marcados en la misma.

### Fdo:

(Firma y sello)

**Enviar por mail (**[**lourdespiris@plenamadrid.org**](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org)**) antes del día 12 marzo de 2021**

## ACEPTACIÓN DE LA CONCESIÓN (anexo 2)

**NOMBRE DE LA ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **CUANTÍA TOTAL CONCEDIDA** | € |

|  |
| --- |
|  |
| Por la presente yo, D/Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como Gerente de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepto y asumo la cantidad asignada a mi Entidad para desarrollar el Programa de Respiro Familiar y los compromisos estipulados en la convocatoria de dicho Programa.  En Madrid, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021  Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Compromisos de las Entidades:**   * Tener su sede social registrada en el municipio de Madrid * Notificar cualquier cambio sobre el conjunto de actividades comprometidas a realizar. * Desarrollar los servicios de respiro en la forma, condiciones y plazos descritos en esta convocatoria. * Aportar la documentación original justificativa del gasto realizado en las fechas previstas en estas normas de justificación:   + *Facturas justificativas de los gastos.*   + *Justificantes bancarios de pago de los mismos.*   + *Anexo IX de Personal (cuando sea pertinente según las normas de justificación).*   + *Nóminas, Boletines de cotización TC-1 y TC-2, Contratos de los trabajadores y modelos 110 y 190 (cuando sea pertinente según las normas de justificación).*   + *Certificados de estar al corriente de pago con Hacienda y con la Seguridad Social debidamente actualizados.*   *\*La no presentación de alguno de estos documentos en las fechas previstas puede ocasionar que los gastos del servicio no sean abonados a la entidad solicitante.*   * Incorporar de forma visible en el material de difusión del programa el logotipo del Ayuntamiento de Madrid y de Plena Inclusión Madrid. * Aceptar familias y/o cuidadores principales no asociadas a su entidad derivados desde Plena Inclusión Madrid. * Someterse a las actuaciones de comprobación, seguimiento e inspección por parte de Intervención General de la Administración Pública. * Asegurar a los participantes * En caso de no poder realizar el gasto, notificar la renuncia a la cuantía concedida tan pronto como sea posible y como máximo antes del 30 de septiembre para que pueda ser utilizado por otra entidad. * No tener ningún tipo de deuda con el Ayuntamiento de Madrid   **El incumplimiento de alguno de los compromisos implicará una disminución del 20% en la subvención concedida a la Entidad.**  **NOTA: entendemos que aquellas Entidades que no envíen esta hoja debidamente firmada y sellada renuncian a esta cantidad y por lo tanto a su participación en el Programa.** |

**Enviar a** [**lourdespiris@plenamadrid.org**](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org) **antes del 25 de marzo de 2021**

## ESCRITO DE RENUNCIA DEL PROGRAMA DE RESPIRO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID (anexo 3)

|  |
| --- |
| La **Entidad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que recibió como concesión económica para el Programa de Respiro del Ayuntamiento de Madrid del año en curso la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €  RENUNCIA  a la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € para que Plena Inclusión Madrid pueda repartirlo entre otras entidades cuyas familias necesiten y puedan beneficiarse de los servicios y actividades del Programa.  **Motivo** de la renuncia:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Y para que así conste, firmo el presente escrito en Madrid a\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.  Sello y Firma  Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Gerencia de la Entidad) |

# 

## FICHA SOLICITUD SERVICIOS (anexo 4)

*Enviar sólo en el caso de utilizar el seguro de Plena Inclusión MADRID*

**Entidad que hace la solicitud** (Servicios Sociales, entidad federada,)

|  |
| --- |
|  |

## Teléfono de contacto

|  |
| --- |
|  |

## Profesional que realiza la petición

|  |
| --- |
|  |

*Tipo servicio respiro (marcar con una X el que corresponda en la última columna)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO ACTIVIDAD** | **MODALIDAD** | | | |  | |
| **Actividades realizadas dentro de los domicilios** | Acompañamientos | | | |  | |
| Apoyos puntuales por horas individuales | | | |  | |
|  | Acciones telemáticas o presenciales dirigidas a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo para favorecer las relaciones sociales y el descanso familiar | | | |  | |
| **Actividades realizadas fuera de los domicilios** | Apoyos puntuales por horas compartidos | | | |  | |
| Estancias en alojamientos especializados | Corta (1 a 3 días) | | |  | |
| Media (4 a 7 días) | | |  | |
| Larga (8 a 15 días) | | |  | |
| Excursiones | | | |  | |
| Salidas culturales | | | |  | |
| Salidas de fin de semana | | | |  | |
| Campamentos/vacaciones | | | |  | |
| Lugar donde se realiza el servicio | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| Fecha de realización (día, mes y año) | | |  | | | |
| Nº total de días | | |  | Nº total de horas | |  |

## Datos de la/s persona/s con discapacidad intelectual

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos | NIF |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Datos del profesional del servicio:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos | NIF |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Coste del servicio

|  |  |
| --- | --- |
| Coste total del servicio |  |

## HOJA DE PROTECCIÓN DE DATOS

RESPIRO FAMILIAR AYUNTAMIENTO DE MADRID 2021.

Para incluir en FICHA SOLICITUD SERVICIOS (anexo 4)

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS CONFORME AL NUEVO REGLAMENTO EUROPEO | |
| Responsable: | PLENA INCLUSIÓN MADRID/ G28729853/ Avda. Ciudad de Barcelona, 108. Esc 2. Bajo D / 28007 Madrid/ [dpo@plenamadrid.org](mailto:dpo@plenamadrid.org) / 915018335 |
| Finalidad Principal: | Gestión de la suscripción/Gestión cobertura seguro accidentes y responsabilidad civil con Compañía Aseguradora |
| Legitimación: | Consentimiento del interesado |
| Destinatarios: | Compañía Aseguradora proveedora del servicio/Ayuntamiento de Madrid |
| Derechos de los Titulares: | Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de sus datos |
| Información Adicional: | Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Privacidad en <http://plenainclusionmadrid.org/politica-de-privacidad/> |
| Confidencialidad: | Si Ud. no es el destinatario y recibe este mail/fax por error, rogamos se ponga en contacto con nosotros y destruya de inmediato el mail/fax con todos sus documentos adjuntos sin leerlos ni hacer ningún uso de los datos que en ellos figuren, ateniéndose a las consecuencias que de un uso indebido de dichos datos puedan derivarse. |

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal

Nombre, apellidos y firma.VALORACIÓN DE LA FAMILIA (anexo 5)

***Plena Inclusión Madrid*** *es la Federación en Favor de Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de Madrid a la que su ENTIDAD pertenece. El* ***Programa de Respiro Familiar*** *está subvencionado por el* ***Ayuntamiento de Madrid*** *y ha sido creado para dar respuesta a las necesidades que a lo largo de los años han ido planteando las familias que tienen hijas e hijos con discapacidad intelectual o del desarrollo. Para enriquecerlo y mejorarlo nos gustaría conocer su opinión.* ***Gracias por su colaboración****.*

|  |
| --- |
| **El lugar donde se ha prestado el servicio está:** |
| Muy cerca Cerca Lejos Muy lejos NS/NC |
| Observaciones: |
| **Cuál es el grado de satisfacción con respecto a los horarios/fechas concedidas:** |
| Muy satisfecho/a Satisfecho/a Poco satisfecho/a Nada satisfecho/a NS/NC |
| Observaciones: |
| **Cuál es el grado de satisfacción con el personal que atendió a su familiar:** |
| Muy satisfecho/a  Satisfecho/a  Poco satisfecho/a  Nada satisfecho/a  NS/NC  |
| **¿Qué impacto ha tenido disponer de este servicio de respiro en su bienestar familiar?** |
| Mucho Bastante Regular Poco Nada NS/NC |
| **¿Cómo se ha sentido mientras su familiar se encontraba en el respiro?** |
| Tranquilo/a Preocupado/a |
| ¿Por qué? |
| **¿Cuál es su grado de satisfacción general con el servicio recibido?**  **(siendo 1=muy malo y 10= muy bueno)** |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| OBSERVACIONES (Indíquenos aquellas cosas que considere oportunas para mejorar el servicio): |
| **¿En qué medida cree que el servicio de respiro ha sido de utilidad para su familia (le ha permitido, descansar, atender compromisos, conciliar vida personal, social y familiar…)? (siendo 1=nada útil y 10= muy útil)** |
| 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  |
| OBSERVACIONES (Indíquenos aquellas cosas que considere oportunas para mejorar el servicio): |

***GRACIAS POR SU COLABORACION***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROGRAMA RESPIRO 2021 PLENA INCLUSION MADRID - AYUNTAMIENTO DE MADRID | | | | | | | | | | | | |
| DATOS CUATRIMESTRALES DE ATENCION (anexo 6) | | | | | | | | | | | | |
| **ENTIDAD:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| CUATRIMESTRE: | PRIMERO |  | SEGUNDO |  | TERCERO |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ACTIVIDADES FUERA DE LOS DOMICILIOS*** | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | ***TIPO DE ACTIVIDAD*** | | | | | |
| ***Fechas*** | ***Lugar*** | ***Duración (h)*** | ***Población beneficiaria directa*** | | ***Población beneficiaria indirecta*** | | ***Excursiones*** | ***Salidas Culturales*** | ***Salidas fds*** | ***Campamento Vacaciones*** | ***Otros*** | ***Estancias*** | ***Coste*** | ***Nº Factura / Cargo*** |
| ***Mujeres*** | ***Hombres*** | ***Mujeres*** | ***Hombres*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ACTIVIDADES DENTRO DE LOS DOMICILIOS*** | | | | | | | | | | |
| ***Fechas*** | ***Nº Horas*** | ***Población beneficiaria directa*** | | ***Población beneficiaria indirecta*** | | ***Apoyos puntuales*** | ***Acompañamientos*** | ***Actividades Telemáticas*** | ***Coste*** | ***Nº Factura / Cargo*** |
| ***Mujeres*** | ***Hombres*** | ***Mujeres*** | ***Hombres*** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## MODELO DE FACTURA (anexo 7)

Sólo para aquellas Entidades que utilicen sus propios recursos. Se trata de un modelo orientativo para que cada entidad lo adapte a su propio formato.

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

CIF ENTIDAD:

DIRECCION ENTIDAD:

FACTURA Nº /2021 FECHA:

Plena Inclusión Madrid

Avda. Ciudad de Barcelona, 108, Madrid-28007

Cif: G-28729853

CONCEPTO IMPORTE

**Actividad del Programa de Respiro del Ayuntamiento de Madrid**

Tipo de actividad especificada:

Fecha del servicio:

Nº Horas:

Relación de población beneficiaria y apoyos (nº de personas, nombre y apellidos):

Población beneficiaria directa (desagregada por sexo):

Población beneficiaria indirecta (desagregada por sexo):

Apoyos (desagregada por sexo):

**IMPORTE TOTAL:** *euros*

**A PAGAR POR PLENA INCLUSION MADRID:**  *euros*

### (IVA INCLUIDO / IVA EXENTO)

**DATOS BANCARIOS:**

**FIRMA Y SELLO**

## MODELO DE CARGO (anexo 8)

Sólo para aquellas Entidades que utilicen recursos de otras entidades. Se trata de un modelo orientativo para que cada entidad lo adapte a su propio formato.

NOMBRE DE LA ENTIDAD:

CIF ENTIDAD:

DIRECCION ENTIDAD:

CARGO Nº /2021 FECHA:

Plena Inclusión Madrid

Avda. Ciudad de Barcelona, 108, Madrid-28007

Cif: G-28729853

CONCEPTO IMPORTE

**Actividad del Programa de Respiro del Ayuntamiento de Madrid**

Tipo de actividad especificada:

Fecha del servicio:

Nº Horas:

Relación de población beneficiaria y apoyos (nº de personas, nombre y apellidos):

Población beneficiaria directa (desagregada por sexo):

Población beneficiaria indirecta (desagregada por sexo):

Apoyos (desagregada por sexo):

**IMPORTE TOTAL:** *euros*

**A PAGAR POR PLENA INCLUSION MADRID:**  *euros*

**DATOS BANCARIOS:**

**FIRMA Y SELLO**

**LOGO DE LA ENTIDAD**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO ESTAR INCURSO EN LAS PROHIBICIONES PARA OBTENER LA CONDICIÓN DE BENEFICIARIO DE SUBVENCIONES**

Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en nombre y representación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con C.I.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio social en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DECLARA RESPONSABLEMENTE ante el órgano competente para la concesión de subvenciones, que la entidad a la que represento:

No se hallaba durante el año 2021 de enero a diciembre, incursa en ninguna de las prohibiciones que para ser beneficiario se establece en el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones y en particular que se hallaba durante dicho periodo al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias, de carácter local, estatal y con la Seguridad Social.

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Madrid, 30 de enero de 2022

NOMBRE DEL FIRMANTE

## PERFIL DE LAS FAMILIAS DEL PROGRAMA (anexo 9)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | ***PERFIL FAMILIAS*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | **Entidad** | |  | | | | | | | | |  | | | | Nº Total Familias | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | **Responsable Programa** | | | |  | |  |  |  | |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | **PERFIL DE LOS FAMILIARES A LAS QUE SE HA DADO SERVICIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Monoparental | | Por edad | | | | Por Nivel de Renta | | | | | Genero | | | Con No Atendidos | | | | |  |
|  | Maternal | Paternal | <45 años | 45>65 | >65 años | | Alta | Media | Baja | | Muy Baja | Hombre | | Mujer |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  | **PERFIL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y/O DEL DESARROLLO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Edad | | | % Discapacidad | | | | Necesidades de Apoyo | | | | | | | | | Sexo | | |  |
|  | <18 | 18>65 | >65 | <33% | 33>65% | | >65% | I | | | L | | E | | G | | Mujeres | Hombres | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | **MOTIVOS DE LAS DEMANDAS (una misma familia puede tener más de un motivo)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Total** |  |
|  | Interés por compartir experiencias con otros | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Deseo de formarse | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Motivación para participar activamente en las actividades de la asociación | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Estrés de los miembros de la Unidad Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Situación de emergencia en la familia (hospitalización, enfermedad…) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Aislamiento social: sin acceso a la red natural de apoyos (parientes, amigos, vecinos…) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Problemas de relación | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Distorsión en la dinámica familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | En la familia hay otros miembros con problemas | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Necesidad de tiempo libre | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | Otros | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | **DEMANDA NO CUBIERTA** | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | **Nº de Peticiones No Atendidas** | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | Motivos No Atencion: | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | | | | | | Servicio no se adapta a sus necesidades | | | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  | | | | | | Había familias con mas necesidad | | | | | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  | | | | | | Se acabaron los fondos | | | | | | | |  | |  |

Esta plantilla se cumplimentará con los datos unificados de todas las familias participantes en el programa a lo largo del año 2021. Y se enviará el 30 de noviembre a lourdespiris@plenamadrid.org

# 

## MODELO DE ACTIVIDADES MES DE DICIEMBRE

## (Anexo 10)

##### LOGOTIPO DE LA ENTIDAD

D. / Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de Gerente de la Entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICA:**

Que durante el mes de diciembre se van a realizar las siguientes actividades dentro del Programa de Respiro 2021con el siguiente coste:

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad** | **Coste** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Y que serán justificadas antes del 15 de enero de 2022, tal y como se recoge en la convocatoria del Programa.

Fdo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello de la entidad

**Enviar a** [**lourdespiris@plenamadrid.org**](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org) **el 30 de noviembre de 2021.**

## SUGERENCIAS

(Para realizar cualquier aportación o sugerencia para la mejora del programa rellenar esta ficha y hacerla llegar al mail [lourdespiris@plenamadrid.org](mailto:lourdespiris@plenamadrid.org) ) **GRACIAS**.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANEXO 11 PERSONALGASTOS DE PERSONAL IMPUTADOS A LA SUBVENCIÓN CONCEDIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POR EL ÁREA DE GOBIERNO DE FAMILIAS, IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AYUNTAMIENTO DE MADRID** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | **Nombre de la Entidad:** PLENA INCLUSION MADRID / **NOMBRE ASOCIACION** | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | **Denominación del proyecto:** Convenio de Colaboración entre el Ayuntamiento de Madrid y PLENA INCLUSION MADRID | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |
|  |  | **Año:** 2021 | | | | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | | **RETRIBUCIÓN ÍNTEGRA** | | | | | | | | | **IMPUTACIÓN A LA SUBVENCIÓN** | | | | | | | | | | | |
| **APELLIDOS Y NOMBRE** | **CODIGO CNAE** | **MES** | | **Retribución  líquida** | **I.R.P.F.** | **Seguridad Social** | | | | | **Total** | | **% IMPUTADO** | | **Retribución  líquida** | | **I.R.P.F.** | | **Seguridad Social\*** | | | | **Total** | |
| **TRABAJADOR** | **Trabajador** | | | **Empresa** | | **Trabajador** | | **Empresa** | |
| Pedraza Castilla, María |  | Noviembre | | 378,87 | 8,25 | 25,57 | | | 130,63 | | 543,32 | | 100,00% | | 378,87 | | 8,25 | | 25,57 | | 130,63 | | 543,32 | |
| Garcia Arias Laura |  | Noviembre | | 211,96 | 4,65 | 16,08 | | | 82,19 | | 314,88 | | 100,00% | | 211,96 | | 4,65 | | 16,08 | | 82,21 | | 314,90 | |
| Garcia Arias Laura |  | Liquidación | | 29,59 | 0,62 | 0,60 | | | 3,03 | | 33,84 | | 100,00% | | 29,59 | | 0,62 | | 0,60 | | 3,03 | | 33,84 | |
| Gabriel Quintero, Julia |  | Noviembre | | 945,57 | 89,20 | 80,27 | | | 410,13 | | 1.525,17 | | 69,23% | | 654,63 | | 61,75 | | 55,56 | | 283,94 | | 1.055,88 | |
| Gómez Garcia, Ana |  | Noviembre | | 945,57 | 89,20 | 80,27 | | | 410,13 | | 1.525,17 | | 69,23% | | 654,63 | | 61,75 | | 55,56 | | 283,94 | | 1.055,88 | |
| Gómez Garcia, Ana |  | Diciembre | | 945,57 | 89,20 | 80,27 | | | 410,13 | | 1.525,17 | | 25,00% | | 236,39 | | 22,30 | | 20,07 | | 102,53 | | 381,29 | |
| Rubero Casado, Elisa |  | Diciembre | | 211,96 | 4,65 | 16,08 | | | 82,16 | | 314,85 | | 100,00% | | 211,96 | | 4,65 | | 16,08 | | 82,16 | | 314,85 | |
| Rubero Casado, Elisa |  | Liquidación | | 29,48 | 0,61 | 0,60 | | | 3,03 | | 33,72 | | 100,00% | | 29,48 | | 0,61 | | 0,60 | | 3,03 | | 33,72 | |
| **TOTAL** | | | | **3.698,57** | **286,38** | **299,74** | | | **1.531,45** | | **5.816,14** | |  | | **2.407,51** | | **164,59** | | **190,12** | | **971,47** | | **3.733,69** | |
|  | |  |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **(Los porcentajes, nombres y meses son un ejemplo)** | | |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| En las columnas de Retribución Integra, se ponen los datos tal cual vienen en la nómina, mientras que los que aparecen en imputación a la subvención, son el resultado de aplicar el a dichos datos el % imputado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La Seguridad Social a Cargo de la Empresa se calcula multiplicando la base de cotización que figura en la nómina, por el porcentaje de cotización que dependerá del Tipo de contrato. | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |



Plena Inclusión Madrid   
Avenida Ciudad de Barcelona 108, esc. 2 Bajo D 28007 Madrid

Teléfono 915 018 335 • Email: info@plenamadrid.org

plenainclusionmadrid.org