**JUSTIFICACION EN EL PROCEDIMIENTO 031111, TRÁMITE SLTV, DE SUBVENCIÓN PARA PROGRAMAS DE ACTIVIDADES EN MATERIA DE CONSUMO QUE SE REALICEN POR ENTIDADES LOCALES DURANTE EL AÑO 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | **DATOS DE LA ENTIDAD LOCAL SOLICITANTE** |
|  |
| NIF [ ]  |  | Nº de documento: |       |  |
|  |  |  |
| Nombre entidad local solicitante: |       |  |
|  |  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |       |  |
|  |
|  Provincia: |       | C.P.: |       |  | Población: |       |  |
|  |
|  Teléfono: |       | Teléfono móvil |  |       |  |
|  |  |
| Correo electrónico |  |  |  |
|  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación y, en su caso de pago.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 02 | **REPRESENTANTE** (Obligatorio para el caso de personas jurídicas) |
| Tipo de Documento  | Nº. de Documento  |  |
| *NIF [ ]  Pasaporte/NIE [ ]*  |       |  |
|  Nombre  |  1º Apellido \* |  2º Apellido  |  |
|  |  |  |  |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |  |
| Domicilio |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Provincia | Municipio  |  |
|  |  |  |  |
|  | Teléfono móvil  | Otro teléfono  | C.P.  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Correo electrónico.  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el/la representante designado/a** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 03  | **DATOS DEL EXPEDIENTE DE AYUDA**  |
|  Número de Expediente \* 1 |  Fecha de la Resolución de concesión \* 2 |  Subvención concedida 3 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 04 | **MEDIO POR EL QUE SE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| [ ]   | Notificación electrónica *(Está obligada/o a la notificación electrónica. Compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| 05 | **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable:** | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad:** | Gestión de ayudas y subvenciones en materia de consumo |
| **Legitimación:** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios:** | Existe cesión de datos |
| **Derechos:** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional:** | Disponible en la dirección electrónica: [**https://rat.castillalamancha.es/info/1231**](https://rat.castillalamancha.es/info/1231) |

|  |  |
| --- | --- |
| 06 | **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER PERSONA BENEFICIARIA** |
| 06.1 | **Declaraciones responsables:** |
| La persona abajo firmante, en su nombre propio y en representación de la entidad representa, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que: |
| * Que ha realizado la actividad que fundamentó la subvención que le ha sido concedida.
 |
| * Se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal y con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y por reintegro de subvenciones. (*Esta declaración sustituirá a la presentación de las certificaciones de acuerdo con lo previsto en el art. 12.1.d)* *del Decreto 21/2008, de 5 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo del Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha en materia de subvenciones.)*
 |
| * Está al corriente de sus obligaciones con la Seguridad Social. (*Esta declaración sustituirá a la presentación de las certificaciones de acuerdo con lo previsto en el art. 12.1.d) del Decreto 21/2008, de 5 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo del Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha en materia de subvenciones)*
 |
| [ ]   | Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello. |
| Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de ayudas, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. |
|  |
| 06.2 | **Autorizaciones** |
| Con la presentación de esta solicitud podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.:  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Documento | Fecha presentación | Unidad administrativa | Administración |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

 |
|  |
| En caso de que se haya opuesto, o no haya autorizado su consulta, deberá aportar la documentación correspondiente para la resolución del procedimiento. |
| 06.3 | **Documentación aportada** |
|  |
| [ ]   | Relación clasificada de los documentos justificativos del gasto realizado con cargo a la subvención concedida, de los proyectos objeto de subvención ordenada por conceptos de acuerdo al presupuesto de gasto, con indicación de la persona acreedora y del documento, su importe, fecha de emisión y fecha de pago. Dicha relación deberá presentarse en formato Excel por medios electrónicos. |
| [ ]  | Certificado firmado por la persona funcionaria competente de la entidad, en el que se haga constar que la cantidad librada por la Consejería de Sanidad ha sido contabilizada como ingreso en la contabilidad de la entidad, que las facturas justificativas corresponden a pagos efectivamente realizados y derivados de la finalidad para la que fue concedida la subvención, que se asumen como propias y que no han sido presentadas ante otras entidades públicas o privadas como justificantes de ayudas concedidas por las mismas. |
| [ ]  | Memoria donde se detallen las actuaciones realizadas, así como los objetivos y los resultados alcanzados, con indicación de que se han cumplido los objetivos y también de todas aquellas incidencias surgidas durante la ejecución de la subvención concedida, referida al porcentaje de ejecución alcanzado. |
| [ ]  | Relación detallada de otros ingresos o subvenciones que hayan financiado la actividad subvencionada con indicación del importe y su procedencia. |
| [ ]  | En su caso, carta de pago de reintegro en el supuesto de remanentes no aplicados, así como de los intereses derivados de los mismos. |

Firma

Firma de la persona representante

En       a       de       de

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA -** CÓDIGO DIR3: A08027181

|  |
| --- |
| **Instrucciones para tramitar adecuadamente este formulario**  |
| **Instrucciones generales** |
| * Este formulario está diseñado de forma que pueda ser rellenado fácilmente utilizando la aplicación Word. Puede pasar de un campo a otro utilizando el tabulador para ir al siguiente o mayúsculas + tabulador para ir al campo anterior. En los campos de chequeo puede activarlos o desactivarlos utilizando la barra espaciadora. En cualquier momento puede guardar este documento como un fichero más en el que se incluirán los datos introducidos.
* En la barra de estado de Word podrá ver una breve descripción de cada campo cuando el cursor se sitúe sobre el mismo.
 |
| **Instrucciones particulares** |
| **Trámite a iniciar:** Si aparecen varios trámites usted debe seleccionar uno y solo uno de los trámites descritos. En caso de marcar varios solo se atenderá al que aparece marcado en primer lugar. |
| **Entidad o persona solicitante:** El tipo de documento debe corresponderse con el nº de documento indicado. En caso de discrepancias puede dar lugar a la subsanación de la solicitud. El nº de documento debe incluir los dígitos o letras de control que tenga asignados. En el caso de personas físicas indicar el Nombre, el 1º apellido y, si se tiene, el 2º apellido. En el caso de personas jurídicas indicar solo la razón social de la misma. |
| **Representante:** Si lo hay, solo puede tratarse de una persona física, de la cual hay que indicar el nombre, el 1º apellido y, si tiene, el 2º apellido. |
| **Dirección postal:** Esta dirección será utilizada en el caso de que la administración deba realizarle notificaciones de carácter oficial en relación al trámite solicitado por lo que debe prestar especial atención al rellenarla. En el caso de indicar una vía pública debe rellenar como mínimo el tipo y el nombre de la vía además de los campos que proceda.  |
| **Documentación aportada:** En este apartado usted debe señalar los documentos que aporta de los enumerados, debiendo señalar y aportar aquéllos a los que esté obligado según las bases reguladoras de las ayudas. |
| **Datos bancarios:** En este apartado se deben indicar los datos de la cuenta bancaria en la que la administración ingresará los importes correspondientes con la tramitación de la solicitud según las bases reguladoras de las ayudas. En dicha cuenta bancaria tiene que figurar como titular lel/la solicitante de la ayuda. |
| **Firma:** Para que la solicitud se considere totalmente sujeta a derecho ésta debe ser conveniente firmada por la persona interesada o su representante indicando el municipio desde donde se realiza la solicitud, la fecha completa y el nombre completo de la persona firmante. La firma será realizada atendiendo a las indicaciones de la aplicación a través de la cual se realice dicho envío. |
| **Más información**: \* en la página web <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad>\* a través del teléfono [012](http://www.castillalamancha.es/gobierno/presidenciayadministracionespublicas/estructura/vcpyap/actuaciones/012-tel%25C3%25A9fono-%25C3%25BAnico-de-informaci%25C3%25B3n), si llama desde Castilla-La Mancha, excepto desde localidades con prefijo de provincias de otra Comunidad Autónoma,\* a través del teléfono [902267090](http://www.castillalamancha.es/gobierno/presidenciayadministracionespublicas/estructura/vcpyap/actuaciones/012-tel%25C3%25A9fono-%25C3%25BAnico-de-informaci%25C3%25B3n), si llama desde fuera de Castilla-La Mancha o desde una localidad de ésta con prefijo de otra Comunidad Autónoma. |