|  |
| --- |
| **MEMORIA TÉCNICA ANUAL** |
| **VIVIENDA DE MAYORES** |
| **DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO** |
| **0.      NÚMERO DE REGISTRO** |    |
| **1.      Nº DE PLAZAS** |    |
| **2.      DENOMINACIÓN DEL CENTRO** |    | **3. AÑO** |    |
| **3. PROVINCIA** |    | **4. LOCALIDAD** |    |
| **5.      DIRECCIÓN** |    | **6.   CÓDIGO POSTAL** |    |
| **7.      CORREO ELECTRÓNICO** |  | **8.  TELÉFONOS DEL CENTRO** |    |
| **9.      DIRECTOR/A DEL CENTRO** |    |
|  | [ ]   | Gestión del centro con medios propios de la entidad titular del mismo. |
| **10.  SISTEMA DE GESTIÓN DEL CENTRO** |  [ ]  | Gestión integral del centro a cargo de una entidad externa |
| (*Marcar con una “X”*) |
|   |  [ ]  | Gestión de la totalidad del centro mediante la asignación a varias entidades externas de los diversos servicios requerido |
|   |  [ ]  | Gestión mixta combinando medios propios de la entidad titular del centro y servicios específicos a cargo de una o varias entidades externas |
| **11.  Si el sistema de gestión del centro corresponde con la gestión integral del centro a cargo de una entidad externa, SEÑALE LA DENOMINACIÓN DE LA MISMA.** |
|
|    |
|
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| **12.**   | **PLANTILLA DE TRABAJADORES/AS DE LA VIVIENDA DE MAYORES**  |
| **CATEGORÍA PROFESIONAL** | *Nº de trabajadores/as* | *N.º total de horas semanales* |
| **Coordinador/a responsable** |    |    |
| **Gobernante/a** |    |    |
| **Personal auxiliar de vivienda o gerocultor** |    |    |
| **Personal auxiliar de noche** |    |    |
| **Personal Auxiliar Sociosanitario(Auxiliar sanitario, de enfermería, de atención sociosanitaria o afines)** |    |    |
| **TOTAL PERSONAL**  |    |    |
|  |
| **PERSONAS ATENDIDAS EN LA VIVIENDA A LO LARGO DEL AÑO** |
|   |
|   | **PERSONAS ATENDIDAS** | **NÚMERO** |
|  **13.**   | **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
|   |  |  |  |
| **14.**  | **OTROS SERVICIOS DESARROLLADOS EN LA VIVIENDA A LO LARGO DEL AÑO** | *(Marcar con X)* |
| **SI** | **NO** |
| 1 | Lavandería | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Lavandería a domicilio | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Comedor | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Comidas a domicilio | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Atención durante el día sin pernoctar en la vivienda | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Estancia temporal en la vivienda | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Otros Servicios *(especificar):* | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15.** | **CONCEPTOS Y FUENTES DE FINACIACIÓN** | **CUANTÍA** |
| **INGRESOS** | **Subvenciones y Convenios** |  |
| Aportación de la Consejería de Bienestar Social |  |
| Aportación del Ayuntamiento |  |
| Otras (entidad titular) |  |
| **Aportaciones de las personas usuarias** |  |
| **Otros ingresos (Especificar)** |   |  |
|   |  |
|   |  |
| **TOTAL INGRESOS** |  |
| **GASTOS** | **Personal** |  |
| **Gastos corrientes (Actividades y mantenimiento)** |  |
| **Otros gastos (Especificar)** |   |  |
|   |  |
| **TOTAL GASTOS** |  |