|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |  |