**ANEXO**

**JUSTIFICACIÓN DE SUBVENCIÓN A ENTIDADES DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, MUNICIPIOS, MANCOMUNIDADES Y AGRUPACIONES MUNICIPALES, PARA EL MANTENIMIENTO DE PLAZAS Y DESARROLLO DE PROGRAMAS EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF | | | | | | | | | Número de documento: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | C.P.: | | |  | |  | Población: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  |  | Correo electrónico: | |  |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que se desea recibir el aviso de notificación y, en su caso, de pago.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | Número de documento: | | | | | | | | |  | | | | En calidad de: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | | C.P.: | |  | | | | |  | Población: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | |  | | Correo electrónico: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **NOTIFICACIÓN** |
| **La Entidad Solicitante está obligada a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la plataforma** [**https://notifica.jccm.es/notifica**](https://notifica.jccm.es/notificaC)**. Compruebe que su entidad está registrada y que sus datos son correctos.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Mayores. |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación de subvenciones a entidades locales para el desarrollo de programas y mantenimiento de plazas en centros de atención a personas mayores. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y el Decreto 2/2022, de 18 de enero, por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a las personas mayores 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/0182>. |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICACIÓN RELATIVA A (indicar la denominación del centro):** |
| De conformidad con lo establecido en la base decimoséptima de la Orden 143/2022, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a entidades de ámbito territorial inferior al municipio, municipios, mancomunidades y agrupaciones municipales, para el mantenimiento de plazas y desarrollo de programas de atención a personas mayores en Castilla-La Mancha, presenta lo siguiente:  **DOCUMENTACIÓN:**  **PRIMERA JUSTIFICACIÓN**  **JUSTIFICACIÓN FINAL**  Certificado de la secretaría-intervención o del órgano o unidad responsable que tenga a su cargo la contabilidad de la entidad, en el que consta que las facturas justificativas corresponden a gastos efectivamente liquidados y derivados de la finalidad para la que la subvención fue concedida, que la entidad los asume como propios y que no han sido presentados ante otras entidades públicas o privadas como justificantes de ayudas concedidas por las mismas.  Relación clasificada de los gastos e inversiones de la actividad, con identificación del acreedor y del documento, su importe y fecha de emisión.  *(Cuando corresponda)* Tres presupuestos solicitados en aplicación de lo dispuesto en la base decimotercera.  4 de la citada orden.  Certificado expedido por la Secretaría-Intervención acreditativo del cumplimiento de las obligaciones establecidas en la base decimoquinta. 1 párrafos g) y h) de la Orden de bases.  Memoria evaluativa de las actividades realizadas.  *(Cuando corresponda)* Carta de pago de reintegro de remanentes no aplicados, así como de los intereses derivados de los mismos.  *(Cuando corresponda)* Certificado de la Secretaría-Intervención que acredite el importe satisfecho a la entidad gestora de la prestación del servicio.  Otros: *(Especificar cuáles)*  En el caso de subvenciones de mantenimiento de plazas en residencias y centros de día generales y específicos y de noche;  Relación de personas usuarias de las actuaciones objeto de subvención y de sus aportaciones económicas en relación con la actividad subvencionada.  Relación de personas usuarias de las actuaciones objeto de subvención y de las estancias efectivas producidas.  Cumplimiento de las obligaciones establecidas en la base decimoquinta.1, párrafos g) y h). |

En      , a       de       de 20  .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL**

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**