|  |
| --- |
| **MEMORIA TÉCNICA ANUAL****ACTUACIONES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES****Programas, Servicios y Actividades**  |

**A.-DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE LA ACTUACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.-DENOMINACIÓN DE LA****ACTUACIÓN**  |  | **4.-AÑO** |  |
| **2.-PROVINCIA**  |  | **3.-LOCALIDAD**  |  |
| **5.-DIRECCIÓN** |  | **6.-CÓDIGO POSTAL**  |  |
| **7.-CORREO ELECTRÓNICO** |  | **8.-TELÉFONO** |  |
| **9.- PERSONA DE CONTACTO- COORDINADOR/A DE LA ACTUACIÓN**  |  |
| **10.-DENOMINACION DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE LA ACTUACIÓN**  |  |
| **11.-TIPO DE ENTIDAD PROMOTORA DE LA ACTUACIÓN**  |  |

**B.-PERSONAS ATENDIDAS EN LA ACTUACIÓN A LO LARGO DEL AÑO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **12.-** | **PERSONAS ATENDIDAS**  | **Número** |
| **HOM** | **MUJ** | **TOTAL** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **13.-** | **CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS** |
| **13.1 EDAD** | **SEXO** |  |  |
| **HOM** | **MUJ** |  |  |
| 1 |  < 60 años |  |  |  |  |  |
| 2 | 60 – 64 años |  |  |  |  |  |
| 3 | 65 – 69 años |  |  |  |  |  |
| 4 | 70 – 74 años |  |  |  |  |  |
| 5 | 75 – 79 años |  |  |  |  |  |
| 6 | 80 y más años |  |  |  |
| 7 | TOTAL |  |  |
| **14-** | **EDAD MEDIA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS** | **Años (edad media)** |
|  | **HOM** | **MUJ** | **TOTAL** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **15.-** | **Señale el número de personas atendidas en la actuación que viven solas, indicando su sexo y edad** |

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD** | **SEXO** |
| **HOM** | **MUJ** |
| 1 |  < 60 años |  |  |
| 2 | 60 – 64 años |  |  |
| 3 | 65 – 69 años |  |  |
| 4 | 70 – 74 años |  |  |
| 5 | 75 – 79 años |  |  |
| 6 | 80 y más años |  |  |
| 7 | TOTAL |  |  |

###### C.-DOTACION DE PERSONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **16.-** | **Plantilla de trabajadores/as en el desarrollo de la actuación** (Se señalarán los puestos de trabajo y no el nº de trabajadores/as que los ocupan a lo largo del año) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialidad profesional**(*Señalar)* | **Número de puestos** (*Señalar)* | **Número total de horas mensuales (Nº)**(*Señalar)* |
| **Jornada Completa** | **Jornada. Parcial** |
|
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **TOTAL, DE PERSONAL TRABAJADOR**  |  |  |  |
| **17.-** | En la organización y funcionamiento de la actuación, ¿Se cuenta con la participación de personal voluntario o en prácticas relacionadas con el desarrollo de sus estudios? |

|  |  |
| --- | --- |
|  | PERSONAL*(Marcar: con “X”)* |
| 1.Voluntario | 2.En prácticas |
| 1 | Sí |  |  |
| 2 | No |  |  |

###### D.-ASPECTOS ECONÓMICOS

**18**. APORTACIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE ADMINISTRACIÓN QUE CONTRIBUYE A LA FINANCIACION DEL MANTENIMIENTO Y/O FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO**(Puede s*eñalarse más de una opción)* | Organismos de la Unión Europea/ Administración General del Estado/ Administración Autonómica/ Corporación Local promotora de la actuación/ Otra Corporación Local (Diputación Provincial) / Otra Corporación Local (Mancomunidad o similares) / Otro organismo público |

**19**. RESUMEN ANUAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCEPTOS Y FUENTES DE FINANCIACION** | **CUANTIA** (*Señalar)* | **Con IVA** (*Señalar “SI”/”No”)* |
| **1.INGRESOS** | 1.SUBVENCIONES Y CONVENIOS |
| 1.Aportación de Consejería Sanidad y Asuntos Sociales |  |  |
| 2.Aportaciones de otras Entidades Públicas (Especificar) |  |  |
| 1. |  |  |
| 2 |  |  |
| 3. |  |  |
| 3.APORTACIONES DE PERSONAS USUARIAS |  |  |
| 4.OTROS INGRESOS *(Especificar)* |  |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 5.**TOTAL INGRESOS** |  |  |
| **2.GASTOS** | 1.PERSONAL |  |  |
| 2.GASTOS CORRIENTES (Actividades y Mantenimiento) |  |  |
| 3.ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO |  |  |
| 4.GASTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPORTE ADAPTADO |  |  |
| 5.GASTOS DEL PROGRAMA DE RESTAURACION |  |  |
| 6.REFORMAS Y ADAPTACIONES ARQUITECTÓNICAS |  |  |
| OTROS GASTOS (Especificar) |  |  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| **TOTAL GASTOS** |  |  |

###### I.-OBSERVACIONES

|  |
| --- |
|  |

En………a…..de………..de 2023

Fdo. *………………………………………….*