**FORMULARIO DEL CENTRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CENTRO** |  |
| **FECHA DE APERTURA** |  |

**1.- UBICACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Localidad:** |  | **Provincia:** |  |
| **Domicilio:** |  | **Código Postal:** |  |
| **Teléfono** |  | **e-mail** |  |

**2.- TIPO DE CENTRO Y PLAZAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Número de plazas TOTALES del centro (con independencia de si son o no subvencionadas) | Número de plazas subvencionadas por la JCCM a fecha anterior 1 de enero de 2024 | Número de plazas solicitadas en 2024 | De las plazas solicitadas en 2024, número de plazas nuevas solicitadas. |
| Residencia de Mayores |  |  |  |  |
| Centro de día general |  |  |  |  |
| Centro de día específico |  |  |  |  |
| Centro de noche |  |  |  |  |

Vivienda de Mayores. N.º de plazas autorizadas en la Vivienda

Centro de Mayores

**3.- TIPO DE GESTIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gestión directa, por la entidad titular. |
|  | Convenio de colaboración con entidad pública o privada sin fin de lucro: *(Indíquese el nombre de la entidad):* |
|  | Contratación de la gestión integral del servicio con entidad/empresa: *(Indíquese el nombre de la entidad/empresa):* |

**4.- PREVISIÓN ECONÓMICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESUPUESTO** |  | | **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)** | | € |
| **Adquisición de equipamiento** | | € |
| **Reformas y adaptaciones arquitectónicas** | | € |
| **Otros gastos (Especificar)** |  | € |
|  | € |
| **TOTAL GASTOS** | |  |

**5.- DESCRIPCIONES, COMENTARIOS Y VALORACIONES:** *(En este apartado se pueden desarrollar aquellos aspectos que no hayan sido recogidos en los apartados anteriores y que sean susceptibles de aportar información, así como la definición de programas específicos de atención especializada a efectos de su valoración conforme a la base novena.1e) de la Orden de convocatoria)*

|  |
| --- |
|  |

**6.- EN EL CASO DE SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA RESIDENCIA DE MAYORES, DEBE CUMPLIMENTARSE ESTE APARTADO. SÓLO DATOS RELATIVOS A PLAZAS SUBVENCIONADAS EN FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.** *(Se añadirán tantas filas como sea necesario)*

*En el apartado observaciones, se harán constar circunstancias diversas en cuanto al procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia; por ejemplo, si se ha iniciado el procedimiento y aún no se ha resuelto, si se ha determinado la inexistencia de grado de dependencia, si aún no se ha iniciado el procedimiento, si habiéndose reconocido el grado de dependencia está pendiente la aprobación del Programa Individual de Atención, si hubiere plazas vacantes, si se trata de usuarios en situación de extraordinaria y urgente necesidad, etc.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identidad usuario | Grado de dependencia reconocido | Fecha programa individual de atención | Observaciones | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

**7.- EN EL CASO DE SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA VIVIENDA DE MAYORES, DEBE CUMPLIMENTARSE ESTE APARTADO.**

1. Dispone de auxiliar de noche  Si  No

Indicar fecha de comienzo de prestación del servicio de auxiliar de noche

1. Previsión de contratación de auxiliar de noche durante el año 2024.  Si  No

En caso de afirmativo, indique en qué fecha se prevé la contratación:

En      , a       de       de 2024

Firma (DNI electrónico o certificado válido)