**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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N.º de plazas TOTALES (con independencia de si son o no subvencionadas) | N.º de plazas subvencionadas por la JCCM a fecha anterior 1 de enero de 2025 | N.º de plazas solicitadas en 2025 | De las plazas solicitadas en 2025, n.º de plazas nuevas solicitadas. |
| Residencia de Mayores |  |  |  |  |
| Centro de día |  |  |  |  |

**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** | |  |
| **Actividades y mantenimiento** | |  |
| **Otros gastos (especificar)** |  |  |
|  |  |
| **TOTAL GASTOS** | |  |

**5.- DESCRIPCIONES, COMENTARIOS Y VALORACIONES:** *(En este apartado se valorará proyectos o programas nuevas iniciativas de interés social que impliquen la puesta en marcha de servicios de proximidad en el ámbito rural y fomenten la atención a personas mayores según el art 7.1 e) de la orden de bases)*

|  |
| --- |
|  |

**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 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

En…………a ……. de …….de 2025

Firma (DNI electrónico o certificado válido)