

MEMORIA JUSTIFICATIVA

SI436C - PROGRAMA DEL PLAN CORRESPONSABLES A DESARROLLAR POR LAS ASOCIACIONES DE MADRES Y PADRES

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

ENTIDAD LOCAL

NIF

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)(*)

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

EN CALIDAD DE (CARGO/PUESTO QUE DESEMPEÑA)

(*) Figurará el nombre del/de la presidente/a como representante legal o la persona autorizada por la junta directiva

1. DENOMINACIÓN DE LA MEDIDA O PROGRAMA

2. RELACIÓN DE LAS ACTUACIONES O ACTIVIDADES REALIZADAS: (relaciónense las actuaciones o actividades singularizadas e independientes con sustantividad y características propias por su contenido y/o temporalización)

2.1. BOLSAS DE CUIDADO (se deberá cubrir una fila por cada actuación realizada)

DENOMINACIÓN DE LA/LAS ACTUACIONES O ACTIVIDADES REALIZADAS	LUGAR DE DESARROLLO (1)	MUNICIPIO DONDE SE LLEVARON A CABO	FECHA INICIO (dentro del período subvencionable) (2)	FECHA FIN (dentro del período subvencionable) (2)	Nº DE HORAS/DÍA	¿SE PRESTÓ EN DÍAS FESTIVOS O EN FIN DE SEMANA?
						<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

2.2. PLANES DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN EN CORRESPONSABILIDAD (se deberá cubrir una fila por cada actuación realizada)

DENOMINACIÓN DE LA/LAS ACTUACIONES O ACTIVIDADES REALIZADAS	LUGAR DE DESARROLLO (1)	MUNICIPIO DONDE SE LLEVARON A CABO	FECHA INICIO (dentro del período subvencionable) (2)	FECHA FIN (dentro del período subvencionable) (2)	Nº DE HORAS/DÍA	¿FACILITÓ LA FORMACIÓN EN LÍNEA?
						<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

(1) Indíquese si se prestó en los domicilios de las familias o en instalaciones públicas

(2) El período subvencionable comprenderá desde el 1.12.2023 hasta el 30.11.2024

3. DESCRIPCIÓN (descripción detallada de las actuaciones realizadas, bolsas de cuidado y/o planes de formación).

4. TIPOLOGÍA DE LOS GASTOS DIRECTOS: MEDIOS PERSONALES Y MATERIALES (medios personales que participaron directamente en la realización de la actuación, perfil profesional, así como detalle de los medios materiales utilizados y tipología de los gastos realizados distintos a los gastos directos de personal).

--

5. PARTICIPANTES Y RESULTADOS OBTENIDOS (participantes: características y número de personas participantes, desglosadas por sexo, edad y grupos de vulnerabilidad, conforme a los cuadros de este modelo. En caso de que las personas participantes sean menores de edad, deberá indicarse también el número de personas progenitoras, desglosado por sexo y edad, así como por grupos de vulnerabilidad; se computará solamente una de ellas, preferentemente la madre o persona que tenga la tutela. Resultados obtenidos: singularmente aquellos relacionados con la finalidad de la actuación, así como aquellos relacionados con la mejora de la situación personal o laboral de las personas participantes o, en el caso de menores, de uno/una de sus progenitores/as)

5.1. BOLSAS DE CUIDADOS

Nº FAMILIAS PARTICIPANTES (TOTAL)	Nº FAMILIAS MONOPARENTALES PARTICIPANTES		Nº FAMILIAS NUMEROSAS	FAMILIAS REFUGIADAS	VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS	MUJERES SITUACIÓN DE DESEMPLEO	MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS	FAMILIAS EN QUE EXISTAN OTRAS CARGAS RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS	FAMILIAS RENTA INFERIOR A 3 VECES EL IPREM
	PROGENITORA	PROGENITOR							

MENOR/ES ATENDIDO/S O PARTICIPANTE/S EN EL PROGRAMA SUBVENCIONADO

TRAMOS DE EDAD DE MENORES ATENDIDOS/AS	Nº DE PERSONAS MENORES DE HASTA 16 AÑOS PARTICIPANTES (HOMBRES)	Nº DE PERSONAS MENORES DE HASTA 16 AÑOS PARTICIPANTES (MUJERES)	TOTAL
DE 0 A 3 AÑOS (SIN INCLUIR 3 AÑOS)			
DE 3 AÑOS A 6 AÑOS (SIN INCLUIR 6 AÑOS)			
DE 6 AÑOS A 12 AÑOS (SIN INCLUIR 12 AÑOS)			
DE 12 AÑOS A 14 AÑOS (SIN INCLUIR 14 AÑOS)			
DE 14 AÑOS HASTA 16 AÑOS			
TOTAL MENORES ATENDIDOS			

5.2. PLANES DE FORMACIÓN

NÚMERO DE PERSONAS PARTICIPANTES (PLANES DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN EN CORRESPONSABILIDAD)				
HOMBRES	EDAD	MUJERES	EDAD	TOTAL

SI LA ACTIVIDAD GENERA INGRESOS EN CONCEPTO DE TASAS DE INSCRIPCIÓN, MATRÍCULAS O EQUIVALENTES

CONCEPTO DE LA AYUDA	IMPORTE (€)	REVIERTE LA TASA EN EL PROPIO PLAN CORRESPONSABLES (*)
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
		<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

* En caso afirmativo, aporta la documentación justificativa: facturas e impreso según el modelo que figura en la página web de la Secretaría General de Igualdad

RESULTADOS OBTENIDOS

6. PUBLICIDAD Y DIVULGACIÓN (describese la publicidad y divulgación realizada, materiales y medios utilizados)

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Lugar y fecha

 , de de 