ANEXO II

SOLICITUD ELECTRÓNICA DE AYUDA A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ENFERMAS Y SUS FAMILIAS 2024

\* Campos obligatorios

**Dirigido al órgano instructor:** DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y ADICCIONES

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** |

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitante / Persona conectada |  |

**Actúa como**

Persona o entidad interesada del expediente

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Documento****de identificación**  | **\*Número** | **\*Nombre** | **\*Primer apellido**  | **\*Segundo apellido**  | **\*Sexo**  |
|  |  |  |  |  |   |

Representante de:

**Datos de la persona o entidad representada**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Documento****de identificación**  | **\*Número** | **\*Nombre** | **\*Primer apellido**  | **\*Segundo apellido**  | **\*Sexo**  |
|  |  |  |  |  |   |

|  |
| --- |
| **DATOS PARA LAS NOTIFICACIONES** |

**Las notificaciones y comunicaciones se enviarán a la siguiente dirección:**

 Las notificaciones que envíe la Administración durante la tramitación de este expediente irán destinadas a:

|  |
| --- |
|  |

**Canal de notificación y comunicación \***

**Electrónico:** Se envían a la bandeja de notificaciones y comunicaciones de Mi Carpeta. Para acceder, es necesario un medio de identificación electrónico.

*Nota sobre el canal electrónico: si usted no accede a la notificación electrónica, se dará por notificada transcurridos 10 días naturales desde su puesta a disposición en Mi Carpeta. Cumplido el plazo indicado, se entenderá que usted rechaza la notificación y así constará en el expediente. El trámite se dará por efectuado y la administración seguirá adelante con el procedimiento.*

**Datos para recibir avisos**

Le enviaremos un aviso al correo electrónico y al teléfono móvil cuando tenga alguna notificación o comunicación en Mi Carpeta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Correo electrónico\* | Confirmación de correo electrónico | Teléfono móvil |
|  |  |  |

 **Idioma de comunicación \***

Las notificaciones y las comunicaciones que se le mandarán a través de correos electrónicos y mensajes de avisos estará en el idioma que usted indique.

 Euskara Castellano

**Consentimiento para utilizar los datos \***

Deseo que mis datos de comunicación y aviso sean utilizados, de forma general, en mis relaciones con los departamentos y organismos del Gobierno Vasco.

Deseo que mis datos de comunicación y aviso sean utilizados, exclusivamente, para la gestión de este expediente.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS** |

Los datos de carácter personal que consten en la solicitud serán tratados e incorporados a la actividad de tratamiento denominada «Ayudas y Subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones».

**Responsable**: Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud.

**Finalidad**: Gestión de ayudas económicas y subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones.

**Legitimación**: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

**Destinatarios**:

- Bancos, cajas y cajas rurales

- Hacienda pública y administración tributaria

- Otros órganos de la Comunidad Autónoma

**Derechos**: Usted tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos que se recogen en la información adicional.

**Información adicional:** Puede consultar la información y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web <https://www.euskadi.eus/clausulas-informativas/web01-sedepd/es/transparencia/087600-capa2-es.shtml>

**Normativa:**

Reglamento General de Protección de Datos (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ES>)

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>)

|  |
| --- |
| **DATOS FORMULARIO**  |

**Territorio/ Provincia donde constan los datos fiscales de la entidad solicitante**

|  |  |
| --- | --- |
| Territorio / Provincia\* |  |

**Datos generales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la entidad |  |
| Título del proyecto\* |  |

**Persona responsable de contacto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos | Teléfono | Dirección de correo electrónico |
|  |  |  |

**Actividad para la que solicita la ayuda**

A. Justificación del proyecto, descripción de la situación a la que se pretende dar respuesta, factores sobre los que se pretende incidir

|  |
| --- |
|  |

B. Objetivos que se pretenden alcanzar con la realización del proyecto para el que se solicita subvención

|  |
| --- |
|  |

C. Descripción del desarrollo previsto del proyecto (contenidos, ámbito de las actividades, descripción de las fases, calendario de trabajo y tareas, recursos humanos y materiales, etc.)

|  |
| --- |
|  |

D. Evaluación prevista del proyecto: caracterización de las personas beneficiarias (edad, sexo, lugar de residencia, origen o etnia), indicadores de seguimiento y de impacto, valoración de la satisfacción de las personas beneficiarias de la actividad

|  |
| --- |
|  |

E. Inclusión de la perspectiva de equidad en el proyecto

E.1. Estrategias para hacer frente a desigualdades de género que se puedan generar en el proceso de enfermedad (indicar de qué manera a lo largo de todas las fases del proyecto se incorporan objetivos y actuaciones específicas dirigidas a eliminar las desigualdades y promover la igualdad)

|  |
| --- |
|  |

E.2. Estrategias para aumentar las oportunidades de beneficiarse del proyecto a personas o colectivos más desfavorecidos: por edad (infancia o personas mayores), personas migrantes, personas en riesgo de exclusión social, personas con discapacidad o en otras situaciones de vulnerabilidad social, así como personas residentes en zonas con menos dotación de servicios (indicar de qué manera se favorece su participación)

|  |
| --- |
|   |

E.3. Estrategias para implicar a las personas afectadas o familiares en el diseño, puesta en marcha y evaluación del proyecto (indicar de qué manera participan las personas afectas y/o sus familiares)

|  |
| --- |
|  |

E.4. Estrategias para garantizar los derechos lingüísticos de la ciudadanía y en especial, el uso del euskera en las publicaciones, anuncios y publicidad relacionados con la actividad (atención en el idioma de preferencia, actividades y/o publicaciones en euskera, mecanismos de ayuda para personas que hablen otras lenguas...)

|  |
| --- |
|  |

F. Colaboración con otras asociaciones o entidades de otros ámbitos, como forma de incentivar la ayuda mutua y el voluntariado (con asociaciones de personas enfermas de forma habitual y/o en el proyecto, con otras entidades del ámbito comunitario…)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **DESGLOSE DEL PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO** |

**Gastos directos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Descripción** | **Importe en euros** |
| Personal (nóminas y gastos de seguridad social) |  |  |
| Servicios de profesionales independientes |  |  |
| Equipamientos y materiales |  |  |
| Publicaciones y actividades de comunicación |  |  |
| Otros gastos (detallar) |  |  |
| **Total gastos directos** |  |

**Gastos indirectos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Descripción** | **Importe en euros** |
| Alquileres y arrendamientos |  |  |
| Dietas y desplazamientos |  |  |
| Gestión y administración |  |  |
| **Total gastos indirectos** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total presupuesto proyecto** |  |

**Fuentes de financiación para el proyecto (aportaciones confirmadas)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Descripción** | **Importe en euros** |
| De la propia entidad |  |  |
| De aportaciones de personas usuarias |  |  |
| De otras instituciones (cuáles) |  |  |
| Otros ingresos (detallar) |  |  |
| **Total fuentes de financiación** |  |

**Otras ayudas solicitadas para el proyecto (pendientes de resolución)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Institución** | **Importe solicitado** |
|  |  |
| **Total** |  |
| **IMPORTE QUE SOLICITA EN ESTA CONVOCATORIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Importe solicitado** | **Cuantía** |
| **Gastos directos** |  |
| **Gastos indirectos** |  |
| **Total solicitado** |  |

*Los gastos directos solicitados deben ser menores o iguales a los gastos directos presupuestados.*

*Los costes indirectos, siempre que sean claramente imputables al proyecto para el que se solicita la subvención a efectos de su formulación, seguimiento y evaluación no podrán sumar más del 15 % de la ayuda solicitada.*

*La suma del importe solicitado y el importe de otras fuentes de financiación no podrá superar el presupuesto total del proyecto.*

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre tal y como consta en el registro o censo** | **Fecha de registro**  | **Número de registro** |
|  |  |  |

Los estatutos recogen que el fin de la entidad es el siguiente (copiar literalmente)

|  |
| --- |
|  |

Tiempo que lleva prestando servicios

 Menos de 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años Otros

Ámbito geográfico de cobertura

Araba

Bizkaia

Gipuzkoa

Ámbito nacional (resto de comunidades autónomas)

Ámbito europeo

Ámbito internacional

Ámbito de trabajo y orientación

Asociaciones para / de pacientes

 Asociaciones que brindan prestaciones del catálogo de Osakidetza, y otras prestaciones

 Asociaciones con servicios complementarios (información, autoayudas, etc.)

Asociaciones y colegios profesionales del ámbito sanitario

 Colegio profesional

 Asociaciones de profesionales

 Sociedades científicas

 Centros de investigación o I+D

Asociaciones y colegios profesionales del ámbito sanitario

 Social

 Educativo

 Laboral

 Otros

¿Trabaja su entidad únicamente en el ámbito de la salud?

 Sí No

¿Su entidad está reconocida como de utilidad pública?

 Sí No

Servicios que presta:

 Servicios sanitarios

 Servicios sociales

 Formación

 Información y orientación

 Prevención / Sensibilización

 Investigación y publicaciones

 Otros

Colectivo al que va dirigido principalmente la actividad de la asociación. Para las opciones elegidas, identifique el número de personas que se han beneficiado el último año de actividades de la asociación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Colectivo** | **Mujeres** | **Hombres** |
| Personas enfermas |  |  |
| Profesionales |  |  |
| Familiares y/o cuidadores informales |  |  |
| Conjunto de población |  |  |
| Otros colectivos específicos |  |  |
| Total |  |  |

Grupo de edad al que va dirigida principalmente la actividad de la asociación

65 o más años Mujeres Hombres

Entre 50 y 64 años Mujeres Hombres

Entre 35 y 49 años Mujeres Hombres

Entre 18 y 34 años Mujeres Hombres

Menores de 18 años Mujeres Hombres

**Nº de personas asociadas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mujeres** | **Hombres** |
| Pacientes |  |  |
| Profesionales |  |  |
| Familiares |  |  |
| Otros |  |  |
| Total |  |  |

**Nº de colaboradores y colaboradoras**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mujeres** | **Horas (media mensual)** | **Hombres** | **Horas (media mensual)** |
| Personal empleado |  |  |  |  |
| Profesionales colaboradores/as |  |  |  |  |
| Personal voluntario |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

**Presupuesto anual de la asociación (último ejercicio)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Presupuesto** |
|  |  |
|  |  |
| **Presupuesto total** |  |

|  |
| --- |
| **COMPOSICIÓN JUNTA DIRECTIVA** |

Los miembros del Órgano Colegiado de Gobierno/Junta Directiva de la entidad, vigente a la fecha de la solicitud y registrado en el registro o censo correspondiente, son los siguientes, (copiar literalmente, indicando nombres y cargos. En caso de que los estatutos de la entidad no prevean la existencia de un órgano colegiado de gobierno, señalar los nombres y cargos de las personas que ostentan la presidencia, la secretaría y la tesorería):

Presidente/a:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Total mujeres |  | Total hombres |  |

|  |
| --- |
| **DECLARACIONES** |

¿Ha solicitado alguna subvención, ayuda, ingreso o recurso con este mismo objeto y finalidad concedida por cualquier Administración Pública o entidad, pública o privada, de ámbito nacional, de la Unión Europea o internacional? (los datos de este punto se deben detallar en el documento Memoria requerido)\*

 Sí No

¿Le ha sido concedida subvención, ayuda, ingreso o recurso con este mismo objeto y finalidad concedida por cualquier Administración Pública o entidad, pública o privada, de ámbito nacional, de la Unión Europea o internacional? (los datos de este punto se deben detallar en el documento Memoria requerido)\*

 Sí No

¿Ha percibido alguna subvención, ayuda, ingreso o recurso con este mismo objeto y finalidad concedida por cualquier Administración Pública o entidad, pública o privada, de ámbito nacional, de la Unión Europea o internacional?\*

 Sí No

Que la entidad solicitante se encuentra legalmente constituida y registrada en el registro (especifique nombre del registro y número):

Nombre del registro: \*

Número del registro: \*

Que la entidad solicitante no está sancionada mediante resolución firme, ni penal ni administrativamente, con la pérdida de la posibilidad de obtención de subvenciones o ayudas públicas conforme a la legislación vigente; ni que está incursa en causa de prohibición previstas en los párrafos 5 y 6 del artículo 4 de la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, ni en otra legislación de aplicación que me inhabilite para ello.

Que la entidad solicitante no ha sido condenada mediante sentencia firme a la pena de pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones o ayudas públicas.

Que la entidad solicitante está al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias o frente a la Seguridad Social impuestas por las disposiciones vigentes, en la forma que se determina reglamentariamente.

Que la entidad solicitante está al corriente de las obligaciones por reintegro de subvenciones.

Que la entidad solicitante no se ha declarado en concurso voluntario, ni ha sido declarada insolvente o en concurso (excepto si el concurso ha adquirido la eficacia de un convenio), ni está sujeta a intervención judicial, ni está inhabilitada por sentencia de calificación de concurso.

Que la entidad solicitante no ha dado lugar a la resolución firme de cualquier contrato con la Administración por causa de haber sido declarada culpable.

Que las personas administradoras o aquellas que ostenten la representación legal de la entidad solicitante no se encuentran en alguno de los supuestos del régimen de incompatibilidades previstos en la Ley 52/1984, de 26 de diciembre, Ley 1/2014, de 26 de junio, o se trata de cualquiera de los cargos electivos regulados en la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio.

Que la entidad solicitante cumple con la normativa del Estado en materia de igualdad de mujeres y hombres, y dispongo de un plan de igualdad y establecimiento de medidas para prevenir y combatir el acoso sexual o acoso por razón de sexo por ser una entidad de más de 50 personas trabajadoras.

Que la entidad solicitante no ha dado lugar a sanción administrativa o penal por haber incurrido en discriminación por razón de sexo, o por incumplimiento de la normativa en materia de igualdad de mujeres y hombres.

Que cumple con la cuota establecida legalmente en reserva de puestos de trabajo en favor de personas con discapacidad, o que, si no se cumple con dicha cuota, ha acreditado la puesta en marcha de medidas alternativas para su cumplimiento.

Que la entidad solicitante cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para ser beneficiario/a de estas ayudas.

Que la entidad se compromete a la no sobrefinanciación el proyecto en el supuesto de que se admita para el mismo la concurrencia con otras ayudas.

Que son ciertos los datos contenidos en la solicitud y documentación que le acompaña.

|  |
| --- |
| **CONSENTIMIENTOS** |

Es necesario su consentimiento para que el órgano instructor compruebe los siguientes datos. Selecciónelos para dar su consentimiento:\*

 Estar al corriente de pago de la Seguridad Social (Tesorería General de la Seguridad Social - TGSS)

 Estar al corriente de obligaciones tributarias (Diputaciones Forales Vascas o Agencia Estatal Tributaria)

Si usted no da su consentimiento, deberá aportar todos los documentos requeridos en el procedimiento.

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS APORTADOS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de documento** | **Nombre** |
| Memoria (opcional) |  |
| Representación legal voluntaria |  |
| Documento de Alta de Tercero |  |