



DATOS REFERIDOS AL PROYECTO PRESENTADO (Anexo III)

Página 1 de 6

CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES DEL ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD

Convocatoria 20__

1 DATOS DE LA ENTIDAD/INSTITUCIÓN SOLICITANTE

CIF: _____ Razón social: _____ Siglas: _____

2 DATOS DEL PROYECTO

Denominación del proyecto: _____

Duración del proyecto (en meses): _____

Ámbito territorial de realización del proyecto:

Barrio: _____

Distrito/s: _____

Municipio de Madrid: _____

Recursos humanos:

N.º de contratados fijos: _____ N.º de contratados temporales: _____ N.º de voluntarios: _____

Otros datos:

Código del tipo de actuación según bases: _____

Nº de beneficiarios directos: _____

Duración del proyecto (en meses): _____

Presupuesto total del proyecto: _____

Importe de la subvención solicitada al Instituto de Adicciones de Madrid Salud: _____

3 OTRAS SUBVENCIONES SOLICITADAS PARA ESTE MISMO PROYECTO

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administración Central | <input type="checkbox"/> Administración Autonómica | <input type="checkbox"/> Administración Local |
| <input type="checkbox"/> Federaciones | <input type="checkbox"/> Fundaciones | <input type="checkbox"/> Otros |

4 BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

5 OBJETIVO GENERAL (indíquese con precisión)

DATOS REFERIDOS AL PROYECTO PRESENTADO (Anexo III)

Página 2 de 7

6 ANTECEDENTES

Especificar el tipo de programa:

Nuevo De continuación Complementario

Indicar si este programa forma parte de alguna iniciativa proveniente del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

Describe brevemente:

Concretar los problemas o necesidades que el programa pretende abordar:

7 ATENCIÓN A USUARIOS

Días de la semana: _____

Horario: _____ Lugar: _____

Sede (especificar dirección): _____

Local de la entidad (especificar dirección): _____

Otros (especificar): _____

Media mensual de usuarios: _____

8 CALENDARIO DE ACTIVIDADES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	N.º *	CALENDARIO (meses)											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* De beneficiarios por actividad

DATOS REFERIDOS AL PROYECTO PRESENTADO
(Anexo III)

Página 3 de 7

9 DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (usuarios)

PROCEDENCIA Y VÍAS DE ACCESO DE LOS BENEFICIARIOS QUE PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO	N.º
Por propia iniciativa	
Por derivación desde Madrid Salud (CADs, PAD, técnicos de prevención, centros concertados, CMS, etc.)	
Por derivación desde otras instancias municipales: (otras áreas u organismos del Ayuntamiento de Madrid)	
Por derivación desde otras administraciones: (autonómica o central)	
Otros (especificar):	
Nº total de beneficiarios	

Perfil de los beneficiarios (usuarios):

Criterios de selección de los beneficiarios:

Observaciones:

DATOS REFERIDOS AL PROYECTO PRESENTADO
(Anexo III)

Conocimiento del proyecto por parte de los beneficiarios y nivel de participación del mismo:

Acciones previstas en orden a conseguir la participación de los beneficiarios en la realización del proyecto:

10 RECURSOS TÉCNICOS

Especificar la metodología a utilizar y, en su caso, el material técnico necesario para su realización:

11 SISTEMA DE EVALUACIÓN E INDICADORES

Proceso de evaluación interno previsto:

Señale los indicadores de evaluación a utilizar:

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN
DATOS REFERIDOS AL PROYECTO PRESENTADO
 (Anexo III)

Página 6 de 6

13 COORDINACIÓN

Especificar tipo de coordinación prevista con el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (dirección, departamentos, técnicos de prevención, CADs, centros concertados, PAD, etc.), reuniones (número y periodicidad), derivación de casos, cesión de locales, etc:

14 RECURSOS FINANCIEROS Y DESGLOSE PRESUPUESTARIO

PARTIDAS Y SUBPARTIDAS PRESUPUESTARIAS DE GASTO		DESGLOSE:					TOTALES
		ACTIVIDADES	PERSONAL	MATERIAL	TRANSPORTE	OTROS (ESPECIFICAR)	
FINANCIACIÓN PROPIA		_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
SUBVENCIÓN SOLICITADA	Madrid Salud. Instituto de Adicciones	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
	Otras Áreas de Gobierno del Ayuntamiento de Madrid	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
	Comunidad de Madrid	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
	Administración Central	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
DONATIVOS/OTROS INGRESOS		_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
COSTE TOTAL DEL PROYECTO							_____ €
CUANTÍA SUBVENCIÓN SOLICITADA							_____ €

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma del/de la Presidente o representante legal:

A cumplimentar por los técnicos del Instituto de Adicciones del Organismo Autónomo Madrid Salud

- Denegada
 Concedida

Cantidad Concedida _____ €