

**7960 ORDEN de 23 de mayo de 1996, de la Consejería de Sanidad y Política Social, sobre Ayudas Públicas a personas con Discapacidad.**

El artículo 24 del Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero (Boletín Oficial del Estado de 6 de abril), sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, dispone que los diversos Organismos harán pública, a través de una disposición conjunta, la determinación concreta del tipo y cuantía de cada una de las Ayudas en él reguladas.

Desde dicha fecha, anualmente los Ministerios afectados, han ido publicando Órdenes reguladoras que, a lo largo de los años transcurridos han ido recogiendo modificaciones y variaciones respecto a los tipos de Ayudas, requisitos, etc., adecuándolos a la legislación vigente en cada momento, por un lado, y por otro buscando la definición de los criterios de concesión de una forma objetiva y cuantificable.

Por Real Decreto 649/1995, de 21 de abril, se produce el traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y Servicios de la Seguridad Social encomendadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales.

El número 6 de la letra I del Anexo al Real Decreto citado, relaciona entre las funciones transferidas las que realizaban los Servicios Centrales del INSERSO, en el territorio de nuestra Región, en relación con la gestión de prestaciones graciables de la Seguridad Social, entre las que se incluyen las Ayudas Públicas a personas con discapacidad, que son objeto de regulación y convocatoria mediante la presente Orden.

Tanto la exposición de motivos, como la Disposición Adicional Tercera de la Ley 11/1986, de 19 de diciembre, por la que se crea el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, configuran a éste como el receptor e integrador natural del Instituto Nacional de Servicios Sociales, una vez producidas las transformaciones.

Por otra parte, en la Ley 13/1995, de 26 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para 1996, se ha consignado en el Programa 313 I, «Atención a Minusválidos», clasificación orgánico-económica 18.04.465, 18.04.485 y 18.04.486, las partidas económicas con destino a las Ayudas individuales e institucionales para personas con discapacidad.

Para dar efectividad a dichas finalidades, en ejecución de los créditos presupuestarios que resultan disponibles en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para 1996, y en garantía de los principios de publicidad, concurrencia y objetividad en la concesión, la Consejería de Sanidad y Política Social convoca Ayudas Públicas a personas con discapacidad, adaptando las reglas de la convocatoria a lo dispuesto en materia de subvenciones y ayudas públicas, en los artículos 51 y 51 bis de la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia.

Es por tanto, el objeto de la presente Orden, la regu-

lación de los requisitos y condiciones exigidos para la concesión de las Ayudas Públicas a personas con discapacidad, en sus dos modalidades de Ayudas Individuales y Ayudas Institucionales.

En su virtud, y en uso de las facultades que me confiere el apartado d) del artículo 49 de la Ley 1/1988, de 7 de enero, del Presidente, del Consejo de Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia,

**DISPONGO:**

**Artículo 1.- Ámbito de aplicación.**

La presente Orden regula para el año 1996, el régimen de las Ayudas Públicas a personas con discapacidad en la Región de Murcia, que se financiarán con cargo a la Sección 18 de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para dicho año, Programa 313 I, clasificación orgánica 18.04.465 por un importe de 7.610.000 de pesetas, 18.04.485 por importe de 86.970.000 de pesetas y clasificación orgánica 18.04.486 por importe de 90.669.000 pesetas.

**Artículo 2.- Definición y objeto de las Ayudas.**

Las Ayudas a las que se refiere el artículo anterior podrán tener el carácter de individuales e institucionales.

1. Se consideran Ayudas individuales, las destinadas con este carácter a personas afectadas por una minusvalía dictaminada, que precisen determinados tratamientos, servicios, adquisiciones de instrumentos o ayudas especializadas.

2. Se consideran Ayudas institucionales las destinadas a Corporaciones locales, Entidades, Asociaciones y otras Instituciones, para el mantenimiento de Centros o Servicios de atención a personas con discapacidad o para la promoción de actividades de interés social destinados a éstas.

**Artículo 3.- Beneficiarios, solicitantes y perceptores.**

1. Para las Ayudas individuales:

1.1. Podrán ser beneficiarios de estas Ayudas las personas afectadas por una minusvalía igual o superior al 33% de porcentaje total de minusvalía que no sean beneficiarias de otras Ayudas de análoga naturaleza. Esta minusvalía tendrá que estar dictaminada con anterioridad al 31 de octubre de 1996.

1.2. También podrán ser beneficiarios de estas Ayudas las personas afectadas por una minusvalía inferior al 33% de porcentaje total, en aquellos casos en los que se justifique que, de no recibir el tratamiento, obtener el servicio o adquirir el artículo para el que se solicita la Ayuda, pudiera producirse un deterioro, agravamiento o irrecuperabilidad de su estado de disminución.

1.3. Podrán ser solicitantes las personas con discapacidad o sus representantes legales.

#### 1.4. Podrán ser perceptores:

1.4.1. Las personas con discapacidad en el caso de que puedan representarse a sí mismos.

1.4.2. Los padres o tutores legales de las personas con minusvalía.

#### 2. Para las Ayudas Institucionales:

2.1. Podrán ser solicitantes y perceptores las Instituciones a que se hace referencia en el artículo segundo, punto dos.

### Artículo 4.- Requisitos para la concesión de estas Ayudas.

Para la concesión de estas Ayudas se requerirá:

#### 1. En el caso de Ayudas Individuales:

1.1. Residir en la Región de Murcia.

1.2. Ser titular en alta o beneficiario de la Seguridad Social.

1.3. No ser beneficiario de Ayuda individualizada a personas con discapacidad para el mismo concepto del Programa 314 C del ISSORM.

2. Para la concesión de las Ayudas Institucionales se requerirá:

2.1. Que la Entidad solicitante carezca de fin de lucro, y se dedique total o preferentemente a la atención de personas con discapacidad de la Región de Murcia.

2.2. Estar al corriente en el pago de las obligaciones fiscales y con la Seguridad Social (si las tuviere).

2.3. Estar inscrita en el Registro de Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia.

2.4. Que los beneficiarios últimos de estas Ayudas institucionales sean personas afectadas por discapacidad, y reúnan los requisitos establecidos en los puntos 1.1. y 1.2. del artículo cuarto.

#### 3. Para ambos tipos de Ayudas:

En todo caso las Ayudas se concederán en función de los créditos disponibles en la Consejería de Sanidad y Política Social para estas atenciones. Por ello no bastará para recibir la Ayuda con que el solicitante reúna las condiciones y requisitos anteriormente señalados, sino que será necesario, además, que su solicitud pueda ser atendida teniendo en cuenta las dotaciones presupuestarias existentes.

### Artículo 5.- Clases y cuantías máximas de las Ayudas.

#### 1. Ayudas individuales.

##### 1.1. Rehabilitación.

###### 1.1.1. Estimulación precoz:

Fisioterapia (mensuales) 15.000.

Psicomotricidad (mensuales) 15.000.

Terapia del lenguaje (mensuales) 15.000.

Por el conjunto de tratamientos (mensuales) 38.000.

###### 1.1.2. Recuperación médico-funcional:

Fisioterapia, psicomotricidad, terapia del lenguaje y medicina ortopédica:

Por cada tipo de tratamiento (mensuales) 15.000.

Por el conjunto de tratamientos anteriores (mensuales) 38.000.

1.1.3. Tratamientos psicoterapéuticos (mensuales) 15.000.

#### 1.2. Asistencia especializada:

##### 1.2.1. Asistencia personal

De manutención (anuales) 78.000.

De desenvolvimiento personal: por el coste real.

##### 1.2.2. Asistencia domiciliaria:

Prestación temporal de servicios personales (diarias) 1.200.

Prestación permanente servicios personales (anuales) 312.000.

Adaptación funcional del hogar 400.000.

##### 1.2.3. Asistencia institucionalizada en Instituciones de atención especializada:

Ayudas unitarias de servicios sociales de la Seguridad Social:

En régimen de internado (mensuales) 65.000.

En régimen de media pensión (mensuales) 33.000.

##### 1.2.4. Movilidad y comunicación:

1.2.4.1. Aumento de la capacidad de desplazamiento:

Adquisición de silla de ruedas 40.000.

Obtención del permiso de conducir 30.000.

Adquisición de vehículos a motor 300.000.

Adaptación de vehículos a motor 100.000.

1.2.4.2. Eliminación de barreras arquitectónicas 400.000.

1.2.4.3. Potenciación de las relaciones con el entorno:

Adquisición de ayudas técnicas: por el coste real.

#### 1.3. Ayudas complementarias:

##### 1.3.1. Transporte

1.3.1.1. Transporte para rehabilitación y asistencia especializada (mensuales) 9.000.

1.3.1.2. Transporte especial (mensuales) 15.000.

##### 1.3.2. Comedor:

1.3.2.1. Ayudas generales para comedor en centros (anuales o por curso según los casos) 55.000.

1.3.2.2. Ayudas individuales para comida en casos específicos (mensuales) 9.000.

##### 1.3.3. Residencia:

1.3.3.1. Ayudas para residencia en centros, incluido comedor (por curso) 165.000.

1.3.3.2. Ayudas para residencia en casos individuales (mensuales) 12.000.

## 2. Ayudas institucionales.

### 2.1. Subvenciones para Centros y Servicios de rehabilitación y asistencia especializada.

#### 2.1.1. Ayudas para el mantenimiento de Centros y Servicios.

Estas Ayudas tienen como objeto permitir el funcionamiento de los Centros y Servicios de rehabilitación y asistencia especializada para personas afectadas de discapacidad, cubriendo gastos de personal y generales, que se encuentren debidamente autorizados para ello antes de la terminación del plazo de presentación de solicitudes o en disposición de obtener esa autorización antes de que finalice el ejercicio económico de 1996.

Las Ayudas se determinarán teniendo en cuenta el número de beneficiarios atendidos, de acuerdo con la cuantía máxima establecida para beneficiarios de Ayudas individuales en los puntos 1.1., 1.2.3. y 1.3.

#### 2.1.2. Ayudas para perfeccionamiento del personal.

Las solicitudes de ayudas para perfeccionamiento de personal se destinarán a la actualización de los profesionales y técnicos especialistas en las distintas áreas de los servicios que preste el centro o institución.

Podrán solicitar estas ayudas las Entidades que dispongan de Centros o Servicios de atención de personas afectadas de discapacidad, que, reuniendo los requisitos generales establecidos, acrediten la necesidad de esta ayuda.

En todo caso, la concesión de estas ayudas vendrá subordinada a la previa atención de las finalidades de mantenimiento de Centros y Servicios establecidos en el apartado anterior.

### 2.2. Promoción y sostenimiento de actividades.

La cuantía máxima de las Ayudas para actividades científicas, técnicas, asociativas y comunitarias se fijará dentro del límite de dotación presupuestaria, para cada caso, atendiendo al coste de la actividad, a la importancia e interés de la misma y al número y cuantía de peticiones recibidas.

### Artículo 6.-Condiciones específicas para las Ayudas individuales.

#### 1. En todos los casos será preciso acreditar:

1.1. La necesidad específica para la que se solicita la Ayuda, su relación directa con la minusvalía del beneficiario y cumplir los requisitos establecidos.

1.2. La imposibilidad de obtener el servicio para el que se solicita la Ayuda a través de los servicios públicos o privados, subvencionados en todo o en parte por cualquiera de las Administraciones Públicas.

1.3. La necesidad y la urgencia para la vida cotidiana de la Ayuda solicitada, mediante informe emitido por

el técnico que corresponda en cada caso, del órgano con competencia en materia de Servicios Sociales.

2. Para las Ayudas de prestación permanente de servicios personales, será preciso que la persona con discapacidad:

2.1. Esté afectada por una minusvalía igual o superior al 75% de porcentaje total de minusvalía, y que precise la ayuda de tercera persona.

2.2. Que la persona que preste los servicios se encuentre afiliada y en alta en la Seguridad Social en el Régimen Especial de los Empleados de hogar.

3. Para las Ayudas de transporte, es preciso acreditar la asistencia al centro de tratamiento o rehabilitación.

4. Para todos aquellos solicitantes que hubiesen sido beneficiarios de Ayudas Públicas a Disminuidos en 1995, será condición indispensable para la concesión de la Ayuda, haber justificado en tiempo y forma el gasto realizado con cargo a la Ayuda concedida.

### Artículo 7.-Forma, lugar y plazo de presentación de las solicitudes.

#### 1. Ayudas Individuales.

1.1. Las solicitudes de Ayudas Individuales se podrán formular ante los Centros de Servicios Sociales o los Servicios Sociales Municipales, en el modelo normalizado que figura en el Anexo II de la presente Orden, y serán acompañadas de la documentación que en el mismo se indica.

1.2. El plazo de presentación de solicitudes se iniciará el día siguiente al de la publicación de la presente Orden en el «Boletín Oficial de la Región de Murcia» y finalizará el 16 de agosto de 1996, para el Registro de los Centros de Servicios Sociales, debiendo tener entrada en el Registro General del ISSORM en la fecha límite del 31 de agosto de 1996, pudiendo utilizar también cualquiera de los Registros y medios válidos en procedimiento, establecidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

1.3. Excepcionalmente, podrán presentarse solicitudes de Ayuda fuera del plazo establecido en el apartado anterior, cuando se acredite que la minusvalía o la necesidad de la acción a realizar haya sobrevenido con posterioridad a la terminación de dicho plazo, pero, en todo caso, hasta el 20 de octubre de 1996 para los Registros de los Centros de Servicios Sociales o Ayuntamientos, y hasta el 31 de octubre de 1996 en el Registro General del ISSORM y demás Registros y medios, tal y como se definen en el apartado anterior.

#### 2. Ayudas Institucionales.

2.1. Las solicitudes se formularán en el modelo que figura como Anexo III de esta Orden, acompañadas de la documentación que en el mismo se indica, y se presentarán en el Registro General del ISSORM (C/ Alonso Espe-

jo, s/n, 30007-Murcia), pudiendo también ser presentadas en el Registro de la Secretaría de la Presidencia (sito en el Palacio de San Esteban), o por los demás procedimientos previstos en la legislación vigente.

2.2. El plazo de presentación de solicitudes se iniciará el día siguiente al de su publicación en el B.O.R.M. y finalizará el 31 de agosto de 1996.

#### **Artículo 8.- Instrucción de los expedientes de las Ayudas.**

1. Una vez recibidas las solicitudes, se requerirá en su caso a los interesados para que procedan a la subsanación de los defectos que en ellas o en su documentación aneja se observe, apercibiéndoles de que, si así no lo hicieren en el plazo de 10 días, se les tendrá por desistidos de su petición, archivándose aquéllas sin más trámite, dando cuenta a los interesados.

2. La Dirección del Instituto, a través de la Unidad competente, podrá disponer que se efectúen las comprobaciones oportunas sobre la veracidad de los datos aportados por los interesados. Igualmente, podrá reclamar las aclaraciones por escrito y la documentación necesaria para poder resolver.

3. Dada la naturaleza de las necesidades que pretenden cubrir estas Ayudas, no se considera preciso establecer ningún tipo de garantía previa, a aportar por los beneficiarios, toda vez que la utilización de aquéllas quedará debidamente justificada, según lo establecido en el artículo 15 de la presente Orden.

4. La Unidad competente del ISSORM informará preceptivamente sobre los datos reseñados en las solicitudes y su documentación aneja. Por su parte, la Dirección del Instituto, a través de la Unidad competente podrá recabar de los Organismos competentes aquellos informes que se juzguen necesarios para la mejor resolución de los expedientes.

5. Instruidos los expedientes y examinada la documentación aportada y los informes emitidos, la Unidad competente del ISSORM, elevará a la Dirección del Instituto la oportuna propuesta sobre la procedencia de conceder o denegar la Ayuda solicitada.

La propuesta de concesión de Ayudas individuales se efectuará con arreglo al baremo que figura como Anexo I de esta Orden, con cuya aplicación se establecerán las oportunas prioridades, atendiendo al número y características de las solicitudes presentadas y a la disposición presupuestaria existente para estas Ayudas.

#### **Artículo 9.- Órgano competente.**

1. El órgano competente para el trámite y resolución de las solicitudes de Ayudas que se puedan formular, tanto Individuales como Institucionales, es la Dirección del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, que emitirá las oportunas Resoluciones, con respeto al sistema de prioridades que habrá de emanar de la aplica-

ción del Baremo que figura como Anexo I de esta Orden, en el supuesto de Ayudas Individuales.

2. La concesión de Ayudas Institucionales se realizará teniendo en cuenta las características de las actividades, las condiciones en que se presten los servicios, las cuantías de las cuotas a abonar por los socios, si las hubiere, y la concurrencia y naturaleza de las peticiones recibidas. Se considerará, asimismo, si es que existieran antecedentes, la evaluación del seguimiento de subvenciones anteriores.

#### **Artículo 10.- Forma de conceder la Ayuda.**

1. La Dirección del Instituto, previa fiscalización favorable de los expedientes con propuesta de concesión por la Intervención Delegada correspondiente, dictará las Resoluciones que proceda.

Se entenderán desestimadas todas aquellas peticiones sobre las que, transcurridos seis meses desde el cierre del plazo para presentar solicitudes, no haya recaído resolución expresa.

2. La cuantía y finalidad de las Ayudas serán las que se determinen en la Resolución de concesión.

#### **Artículo 11.- Notificación de las resoluciones.**

Las Resoluciones de concesión y denegación de las Ayudas dictadas por la Dirección del ISSORM, o el archivo de expedientes, serán comunicadas a los interesados, a los Centros de Servicios Sociales o a los Servicios Sociales Municipales correspondientes al domicilio habitual del solicitante y, en su caso, a las Entidades Colaboradoras que proceda.

#### **Artículo 12.- Reclamación previa a la vía de la Jurisdicción Social.**

1. Contra las Resoluciones de la Dirección del ISSORM, los interesados podrán interponer reclamación previa a la vía de la Jurisdicción Social, en el plazo de 30 días siguientes a la recepción de la Resolución impugnada.

2. La Reclamación Previa será sustanciada por el mismo órgano que emitió la Resolución reclamada, y resuelta en el plazo máximo de 30 días desde la presentación de la reclamación, con indicación de que, contra dicha Resolución, el interesado podrá interponer demanda ante el Juzgado de lo Social, en el plazo de 30 días.

#### **Artículo 13.- Pago de las Ayudas.**

1. La Dirección del ISSORM abonará a las personas o Instituciones beneficiarias, la cuantía de la Ayuda concedida, en un único pago, directamente a la Entidad y a la persona con discapacidad, o a su representante legal.

2. Excepcionalmente, la Dirección del ISSORM podrá establecer el pago fraccionado de las Ayudas, y condicionar el abono de los segundos y posteriores plazos, a justificaciones previas que serán establecidas en la Resolución de concesión.

**Artículo 14.-Obligaciones de las personas y Entidades beneficiarias.**

Las Corporaciones locales, Entidades y personas individuales beneficiarias de estas Ayudas vendrán obligadas a:

1. Aplicar las cantidades recibidas a los fines para los que la Ayuda fue concedida.
2. Reintegrar los importes concedidos cuando no se apliquen a los fines subvencionados.
3. Comunicar a la Dirección del ISSORM, a través de la Unidad competente, la obtención de Ayudas para la misma finalidad, procedentes de cualquier Administración pública, o Ente público o privado. Igual obligación existirá ante cualquier eventualidad que altere, dificulte o impida la ejecución del Servicio o programa subvencionado o la adquisición del artículo solicitado. En aquellos casos en los que sea imposible utilizar la Ayuda para la finalidad para la que fue concedida, los perceptores podrán solicitar el cambio de aplicación finalista, que deberá ser autorizado previamente a su utilización, por el órgano competente del ISSORM.
4. Colaborar en la satisfacción de la demanda de servicios que no pueda ser atendida en Instituciones y Centros públicos, prestando estos servicios de forma adecuada en cuanto a su calidad.

**Artículo 15.- Justificación de las Ayudas.**

1. Los beneficiarios de las Ayudas reguladas en la presente Orden, vendrán obligados a justificar documentalmente la recta inversión del importe concedido, en la forma en que se determine por la Consejería de Economía y Hacienda.
2. Sin perjuicio de ello, los beneficiarios y los perceptores de las Ayudas individuales, estarán obligados a presentar en el Servicio competente del ISSORM, las facturas originales correspondientes a los gastos realizados con cargo a los fondos concedidos, en el plazo de tres meses a contar a partir de la recepción de la Ayuda.
3. Los perceptores de Ayudas Institucionales deberán justificar la utilización de la Ayuda concedida mediante:
  - 3.1. Documento de la Entidad en el que se acredite la atención prestada a los beneficiarios últimos de estas Ayudas.
  - 3.2. Documentación acreditativa de los gastos de personal (contratos, nóminas, Seguridad Social, etc.)
  - 3.3. Balance económico relativo al mantenimiento del Centro o Servicio, o a la realización de la actividad para la que se recibió la Ayuda, que será acompañado de los documentos (facturas, recibos, etc.) que le sean requeridos en cada caso por la Unidad competente del ISSORM.

**Artículo 16.- Revocación de las Ayudas.**

La utilización de la Ayuda para finalidad distinta de aquella para la que fue concedida, la falta de justificación del gasto en el plazo indicado, o la falsedad en los datos o documentos aportados por los solicitantes, constituirán causa determinante de la revocación de la Ayuda y de su inmediato reintegro, previo requerimiento por el órgano competente que, de no ser atendido, promoverá la acción ejecutiva que corresponda, sin perjuicio de las actuaciones civiles, penales o de otro orden que en cada caso proceda.

**Artículo 17.- Alteración de las condiciones.**

Los solicitantes y perceptores, vendrán obligados a comunicar las modificaciones de las circunstancias que originaron la solicitud y, en su caso, la concesión de la Ayuda.

Toda alteración de las condiciones tenidas en cuenta para la concesión de la Ayuda y, en todo caso, la obtención concurrente de subvenciones o ayudas otorgadas por otras Administraciones o Entes públicos o privados, nacionales o internacionales, podrán dar lugar a la modificación de la resolución de la concesión.

**Artículo 18.- Infracciones y sanciones.**

A los perceptores de las Ayudas reguladas en la presente Orden, les será de aplicación lo establecido en el artículo 51 bis de la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia.

**Disposición adicional**

A las solicitudes presentadas al amparo de la presente Orden, y para todas aquellas cuestiones no reguladas expresamente por la misma, les será de aplicación lo dispuesto en el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, de la Presidencia del Gobierno, y la Orden que desarrolla el citado Decreto de 5 de marzo de 1982, así como la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**Disposiciones finales**

**Primera.**

Se faculta a la Dirección del ISSORM para dictar las instrucciones necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente Orden.

**Segunda.**

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de la Región de Murcia».

Murcia, a 23 de mayo de 1996.—El Consejero de Sanidad y Política Social, **Francisco Marqués Fernández.**

**ANEXO I**  
**BAREMO A APLICAR A LAS SOLICITUDES DE**  
**AYUDAS PÚBLICAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**I. Situación económica**

|  |           |
|--|-----------|
| Hasta 15.000 pesetas de renta per cápita mensual ..... | 30 puntos |
| De 15.001 a 20.000 .....                               | 25 puntos |
| De 20.001 a 25.000 .....                               | 20 puntos |
| De 25.001 a 30.000 .....                               | 15 puntos |
| De 30.001 a 35.000 .....                               | 10 puntos |
| De 35.001 a 40.000 .....                               | 5 puntos  |
| De 40.001 en adelante .....                            | 0 puntos  |

**II. Situación personal**

Por cada grado minusvalía 0,3 puntos (hasta un máximo de 30 puntos).

**III. Situación familiar**

- Enfermedad o incapacidad grave en padres, cónyuges o hijos que convivan en el domicilio de la persona con discapacidad..... 15 puntos
- Enfermedad o incapacidad grave de otros familiares que convivan en el domicilio de la persona con discapacidad..... 10 puntos
- Que existan otras dificultades graves en el medio socio familiar en el que vive la persona con discapacidad..... 5 puntos
- Con ambiente familiar normalizado..... 0 puntos

**IV. Otros aspectos no contemplados en los factores anteriores**

- Vivienda que carezca de los servicios mínimos necesarios para el desenvolvimiento de la persona con discapacidad..... 15 puntos
- Vivienda que carezca de algún servicio u otra situación problemática tales como falta de espacio, inadecuación y similares..... 10 puntos
- Vivienda en condiciones aceptables de habitabilidad..... 0 puntos

**V. Otros aspectos no contemplados en los factores anteriores**

- Especiales situaciones del solicitante que no estén comprendidas en los factores contemplados en los apartados anteriores pero que, a juicio de la Unidad competente del ISSORM, se estime preciso valorar..... hasta 10 puntos



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Política Social

C/ Alonso Espejo s/n.  
30007 Murcia



Nº Expediente Regional:

**ANEXO II**

**Ayudas Públicas a Personas con Discapacidad**

**SOLICITUD DE AYUDAS INDIVIDUALES**

**Rellenar con letras mayúsculas o a máquina**

**1. DATOS DEL SOLICITANTE**

|   |                    |                               |           |
|---|--------------------|-------------------------------|-----------|
| Apellidos y nombre:   |                    | D.N.I./N.I.F.:                |           |
| Fecha de nacimiento:  | Estado Civil:      | Nacionalidad:                 |           |
| Domicilio: c/pl.  | Nº.                | Piso:                         | Teléfono: |
| Localidad:  | Provincia:         | Código Postal:                |           |
| Tipo de minusvalía:   |                    | Grado:                        |           |
| Fecha de certificado de la calificación:                        |                    | Provincia del reconocimiento: |           |
| <i>MARCAR CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE</i>              |                    |                               |           |
| <input type="checkbox"/> Titular de la Seguridad Social         | Cartilla Nº: _____ |                               |           |
| <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Seguridad Social    | Cartilla Nº: _____ |                               |           |
| ¿Trabaja en la actualidad?                                      | Profesión:         |                               |           |
| Ingresos, prestaciones o ayudas que percibe o tiene solicitadas |                    | Cuantía anual                 |           |
| A)  |                    |                               |           |
| B)  |                    |                               |           |
| C)  |                    |                               |           |
| En caso de estar internado en un Centro, indíquelo _____        |                    |                               |           |
| Denominación y dirección del mismo _____                        |                    |                               |           |



Región de Murcia  
 Consejería de Sanidad  
 y Política Social

C/ Alonso Espejo s/n.  
 30007 Murcia



**2. DATOS SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR**

| PERSONAS INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | INGRESOS ANUALES | PROCEDENCIA DE LOS MISMOS | MINUSVALÍA (RECONOCIDA) |
|--|-------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |
|  |                               |                  |                           |                         |

**3. DATOS DEL REPRESENTANTE**

(Cumplimentar sólo cuando la solicitud se formule por persona distinta al interesado)

|                               |            |                |           |  |
|-------------------------------|------------|----------------|-----------|--|
| Apellidos y nombre:           |            | D.N.I./N.I.F.: |           |  |
| Domicilio: c/pl.              | Nº.        | Piso:          | Teléfono: |  |
| Localidad:                    | Municipio: | Código postal: |           |  |
| Título de representación (*): |            |                |           |  |

(\*) Patria potestad: Tutor, Guardador de hecho, etc.

**4. TIPO DE AYUDA.**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia                                  | <input type="checkbox"/> Adaptación funcional del hogar                         | <input type="checkbox"/> Ayudas Técnicas  |
| <input type="checkbox"/> Psicomotricidad                               | <input type="checkbox"/> Asistencia a Institución especializada (Media pensión) | <input type="checkbox"/> Transporte para rehabilitación y asistencia especializadas |
| <input type="checkbox"/> Logopedia                                     | <input type="checkbox"/> Asistencia a Institución especializada (Internado)     | <input type="checkbox"/> Transporte especial  |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psicoterapéutico                  | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas  | <input type="checkbox"/> Comedor en Centros   |
| <input type="checkbox"/> Manutención                                   | <input type="checkbox"/> Permiso de conducir                                    | <input type="checkbox"/> Comida en casos específicos                                |
| <input type="checkbox"/> Desenvolvimiento personal                     | <input type="checkbox"/> Adquisición vehículo a motor                           | <input type="checkbox"/> Residencia en Centros incluido el comedor                  |
| <input type="checkbox"/> Prestación temporal de servicios personales   | <input type="checkbox"/> Adaptación vehículo a motor                            | <input type="checkbox"/> Residencia en casos individuales                           |
| <input type="checkbox"/> Prestación permanente de servicios personales | <input type="checkbox"/> Eliminación de barreras arquitectónicas                |   |



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Política Social

C/ Alonso Espejo s/n.  
30007 Murcia

**ISSORM**  
INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES

### 5. DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LAS AYUDAS

|  |            |
|--|------------|
| Banco o Caja:                                |            |
| Código Cuenta Cliente (20 dígitos):          |            |
| Agencia N°:                                  | Domicilio: |
| Titular (1):                                 |            |
| (1) Deberá ser necesariamente el solicitante |            |

DECLARO bajo mi responsabilidad que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que no percibo la ayuda solicitada de otro Organismo o Entidad.

En

a

de

199

Fdo.:

**A N E X O II-1**

**PRESUPUESTO DE TRATAMIENTOS**

CENTRO: \_\_\_\_\_ N.I.F. n.º: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ n.º LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_

1 - PROFESIONALES QUE IMPARTEN LOS TRATAMIENTOS:

| Nombre y Apellidos | D.N.I. (1) | Titulación (2) | N.º Af. R.E. Autónomo |
|--------------------|------------|----------------|-----------------------|
|--------------------|------------|----------------|-----------------------|

NOMBRE DEL MINUSVÁLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO/S EN EL AÑO EN CURSO: \_\_\_\_\_

2 - TRATAMIENTOS:

| A - ESTIMULACIÓN PRECOZ (0 a 6 años) | Horas/Día | Días/mes | Meses | Ptas./mes |
|--------------------------------------|-----------|----------|-------|-----------|
| Fisioterapia .....                   | _____     | _____    | _____ | _____     |
| Psicomotricidad .....                | _____     | _____    | _____ | _____     |
| Terapia de Lenguaje.....             | _____     | _____    | _____ | _____     |

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CONJUNTO  
 DE  
 TRATAMIENTOS

(ESPECIFICAR TRATAMIENTOS)

B - REHABILITACIÓN MÉDICO/FUNCIONAL (mayores de 6 años)

|                          |       |       |       |       |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Fisioterapia .....       | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Psicomotricidad .....    | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Terapia de Lenguaje..... | _____ | _____ | _____ | _____ |

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CONJUNTO  
 DE  
 TRATAMIENTOS

(ESPECIFICAR TRATAMIENTOS)

|                               |       |       |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| C - PSICOTERAPIA .....        | _____ | _____ | _____ | _____ |
| D - TERAPIA OCUPACIONAL ..... | _____ | _____ | _____ | _____ |
| E - _____                     | _____ | _____ | _____ | _____ |

(Otros Tratamientos)

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199\_\_\_\_\_

CENTROS: El Director,

El Profesional,

- (1) Se cumplimentará sólo cuando se trate de profesionales autónomos.
- (2) Se adjunta fotocopia del (-os) título (-os) al primer presupuesto que se firme.

3 - TRANSPORTE:

LOCALIDAD DEL MINUSVÁLIDO: \_\_\_\_\_

KMS. DESDE EL DOMICILIO DEL MINUSVÁLIDO AL CENTRO DONDE RECIBE EL TRATAMIENTO  
(IDA Y VUELTA) \_\_\_\_\_ Kms.

A - TRANSPORTE ORDINARIO (señalar con x)

Medios Propios

Autobús

Con Acompañante

PRECIO DEL BILLETE DEL AUTOBÚS: \_\_\_\_\_ Ptas.

Costo/día \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/mes \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/Total \_\_\_\_\_ Ptas.

B - TRANSPORTE ESPECIAL

Taxi

(Otros) \_\_\_\_\_

Costo/día \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/mes \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/Total \_\_\_\_\_ Ptas.

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA ESTE TIPO DE TRANSPORTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C - COMEDOR

Costo/día \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/mes \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/Total \_\_\_\_\_ Ptas.

D - RESIDENCIA

Costo/día \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/mes \_\_\_\_\_ Ptas.      Costo/Total \_\_\_\_\_ Ptas.

El Minusválido o su representante legal,

Fdo. D./Dª. \_\_\_\_\_

**A N E X O II-2**

**PRESUPUESTO DE ELIMINACIÓN DE BARRERAS**

Presupuesto emitido por:

ENTIDAD \_\_\_\_\_

Nº IDENTIFICACIÓN FISCAL \_\_\_\_\_

Nº INSCRIPCIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

o en su caso, por:

D. \_\_\_\_\_ D.N.I. nº \_\_\_\_\_

Nº IDENTIFICACIÓN FISCAL \_\_\_\_\_ Nº AFILIACIÓN R.E. AUTÓNOMOS \_\_\_\_\_

para el Minusválido/a D./Dª. \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LAS OBRAS A REALIZAR:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRESUPUESTO POR CONCEPTOS SIN INCLUIR MANO DE OBRA:

|                      | <u>PESETAS</u> |
|----------------------|----------------|
| - Albañilería -----  | .....          |
| - Fontanería -----   | .....          |
| - Electricidad ----- | .....          |
| - Carpintería -----  | .....          |
| - Mano de obra ----- | .....          |
| <b>TOTAL -----</b>   | .....          |

Condiciones de pago: .....

Plazo de realización: .....

MEDIDAS ACTUALES

Croquis de la situación actual

anchura pasillos \_\_\_\_\_

anchura puertas \_\_\_\_\_

m<sup>2</sup> del Baño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDIDAS MODIFICADAS

Croquis de las modificaciones

anchura pasillos \_\_\_\_\_

anchura puertas \_\_\_\_\_

m<sup>2</sup> del Baño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199 \_\_\_\_\_

Firma y Sello  
de la entidad

CUMPLIMENTAR EN TODOS SUS APARTADOS

## ANEXO II-3

PRESUPUESTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
 con D.N.I. número \_\_\_\_\_ y número de afiliación a la Seguridad Social (Empleada  
 de Hogar) \_\_\_\_\_ domiciliado/a en C/. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_\_

## DECLARA:

Que ofrece al minusválido D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, con domicilio en C/. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_,  
 sus servicios de Atención Domiciliaria en las siguientes condiciones:

FECHA DE INICIO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: \_\_\_\_\_

| <u>HORAS/DIARIAS</u> | <u>PTAS./HORA</u> | <u>DÍAS AL MES</u> | <u>PTAS./M/S</u> | <u>MESES/AÑO</u> | <u>TOTAL PTAS.</u> |
|----------------------|-------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|
| _____                | _____             | _____              | _____            | _____            | _____              |

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199\_\_ .

Fdo. \_\_\_\_\_

## **DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD**

**Todos los documentos deberán ser originales o fotocopias compulsadas**

### **1. PARA TODAS LAS AYUDAS:**

- Fotocopias del D.N.I. de la persona con discapacidad y su representante y de las hojas del Libro de Familia de la persona con discapacidad.
- Fotocopia de la tarjeta del N.I.F. del perceptor.
- Certificado de empadronamiento donde figuren todas las personas que conviven en el domicilio.
- Fotocopia de la Calificación de Minusvalía donde figure el **Dictamen Técnico Facultativo**.
- Declaración (según modelo) de los ingresos familiares, acompañados de:
  - Fotocopia de las últimas nóminas o certificado de Empresa acreditativo de los ingresos percibidos en el último año.
  - Certificado del INEM de percibir o no prestaciones/subsidio de los mayores de 16 años que no dispongan de contrato.
  - Certificado del INSS relativo a los períodos de alta y baja en la Seguridad Social de los mayores de 16 años.
  - Fotocopia de la última declaración de la Renta o certificado negativo de Hacienda de todos los adultos.
  - Pensionistas: Certificado de la pensión que recibe del órgano correspondiente.
- Fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social en que esté incluida la persona con discapacidad, en su caso.
- Presupuesto detallado de la acción a realizar (según tipo de Ayuda: anexos II-1, II-2 y II-3).
- Fotocopia del documento bancario en el que aparezca el número c.c.c. y el titular de la misma.

### **2. ESPECÍFICOS PARA LAS AYUDAS QUE SE DETALLAN:**

#### **a) Para tratamientos:**

- Acreditación de no poder recibir el tratamiento o recibir la ayuda a través de los recursos normalizados, salud mental, equipos multiprofesionales, centros del M.E.C., INSALUD, etc...).
- Informe Técnico (M.E.C., S.O.E.V., Salud Mental, ISSORM, etc...) que justifique la necesidad del tratamiento.
- Acreditación de haber solicitado la ayuda al organismo correspondiente: M.E.C., INSALUD, ...

#### **b) Para manutención:**

- Informe médico sobre la necesidad de seguir una dieta especial, con especificación de la misma.

#### **c) Para desenvolvimiento personal:**

- Certificado o informe médico que acredite y especifique la necesidad.

#### **d) Para la prestación de servicios personales:**

- Cartilla de la Seguridad Social de la persona que presta el servicio.

#### **e) Para transporte, residencia, internado, comedor, etc.**

- Acreditación de la asistencia al Centro de tratamiento o residencia, debidamente especificado, por la dirección del establecimiento correspondiente.

#### **f) Para ayudas técnicas:**

- Informe técnico que justifique la necesidad.



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Política Social

C/ Alonso Espejo s/n.  
30007 Murcia

**JSSORM**  
INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES

Nº Expediente Regional:

### ANEXO III

#### Ayudas Públicas a Personas con discapacidad

## SOLICITUD DE AYUDAS INSTITUCIONALES

Rellenar con letras mayúsculas o a máquina

| 1. AYUDAS QUE SE SOLICITAN                  | Cuantía solicitada |
|---|--------------------|
| a) Mantenimiento de Centros y Servicios     |                    |
| b) Promoción y sostenimiento de actividades |                    |
| c) Perfeccionamiento de personal            |                    |

### 2. DATOS DE LA INSTITUCIÓN O CENTRO

|                  |  |                      |           |
|------------------|--|----------------------|-----------|
| Nombre:          | Siglas:  |                      |           |
| Domicilio: c/pl. | Nº:  | Piso:                | Teléfono: |
| Localidad:       | Provincia:   | C.P.:                |           |
|                  | Identificación Fiscal                              | <input type="text"/> |           |
| Números de:      | Registro de Asociaciones                           | <input type="text"/> |           |
|                  | Número Registro de Entidades de Servicios Sociales | <input type="text"/> |           |

### 3. DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN O CENTRO

|   |            |       |           |
|---|------------|-------|-----------|
| (se indicarán los datos de quien suscriba la solicitud en representación de la Institución) |            |       |           |
| Apellidos y nombre:   | D.N.I.:    |       |           |
| Domicilio: c/pl.  | Nº:        | Piso: | Teléfono: |
| Localidad:  | Provincia: | C.P.: |           |
| Relación con la Institución:  |            |       |           |

Como representante de la Entidad DECLARO bajo mi responsabilidad ser ciertos y comprobables los datos consignados en la presente solicitud y en acreditación de ellos se acompaña la documentación que al dorso se señala.

Asimismo DECLARO que la Entidad no percibe la ayuda solicitada de otro Organismo o Entidad y me comprometo a comunicar las ayudas que para la misma finalidad le sean concedidas.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 199

Fdo.:

ILMA. SRA. DIRECTORA DEL INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

**A) DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD**

(señale con X los documentos aportados)

(Estos documentos se presentarán en fotocopia compulsada o acompañada de original para su compulsada).

Las entidades solicitantes quedarán exceptuadas de presentar los documentos señalados en los apartados 1), 2), 3), 4) y 5) cuando con anterioridad hayan solicitado ayudas para el mismo concepto a la desaparecida Dirección Provincial del INSERSO y no hayan sufrido modificación. Este extremo deberá acreditarse presentando el documento 0).

- 0)  Certificación del representante de la Entidad haciendo constar la no variación de documentos.
- 1)  Estatutos, Escritura fundacional, reglas de constitución (acompañados de resolución de aprobación) o acuerdo del Pleno en el caso de que se trate de una Entidad Local.
- 2)  Documento que acredite la inscripción en los Registros que procedan en cada caso.
- 3)  Fotocopia de la Tarjeta de Identificación Fiscal de la Entidad.
- 4)  Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del representante de la Entidad.
- 5)  Documento que acredite fehacientemente la representación que ostenta quien suscribe la solicitud.
- 6)  Acreditación de afiliación y alta de trabajadores en la Seguridad Social: modelo TC1 y TC2 del año inmediatamente anterior y de los primeros meses del año en curso, o certificación de la correspondiente Tesorería Territorial (sólo si se dispone de trabajadores por cuenta ajena).
- 7)  Acreditación de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones formales tributarias: modelo 190 ó 110 del año inmediatamente anterior y 110 de los primeros meses del año en curso, o certificación de la Agencia Estatal Tributaria (sólo si se dispone de trabajadores por cuenta ajena).
- 8)  Acreditación de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones formales tributarias con la Hacienda Regional.
- 9)  Memoria conforme al modelo adjunto.
- 10)  Presupuesto que justifique el coste de la actividad a realizar.
- 11)  Otros (especificar):

**B) DATOS BANCARIOS PARA EL ABONO DE LAS AYUDAS**

|  |                |
|--|----------------|
| Banco o Caja:  |                |
| Código Cuenta Cliente (20 dígitos):  |                |
| Agencia Nº.:   | Domicilio:     |
| Localidad:   | Provincia (1): |
| Titular (2):   |                |
| (1) Necesariamente será la misma en que se ubica la sede de la Institución |                |
| (2) Deberá ser necesariamente la Institución                               |                |

**C) DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA**

(Para cumplimentar tener en cuenta las instrucciones contenidas en la página 3)

| DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO O ACTIVIDAD PARA EL QUE SE SOLICITA LA AYUDA |                       |                            |              |                             |
|---|-----------------------|----------------------------|--------------|-----------------------------|
|   |                       |                            |              |                             |
| PRESUPUESTO<br>TOTAL  | CUANTÍA<br>SOLICITADA | OTRAS VÍAS DE FINANCIACIÓN |              | APORTACIÓN<br>BENEFICIARIOS |
|   |                       | PROPIA                     | SUBVENCIONES |                             |
|   |                       |                            |              |                             |

Cumplimentar una hoja por cada programa solicitado

**INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA (página 2)****1.- En todos los casos se especificará:**

- \* Descripción pormenorizada del programa o actividad, objetivo, finalidad y metodología.
- \* Lugar y fechas de ejecución.
- \* Detalle de participantes o beneficiarios (número y características).
- \* Colaboraciones previstas.
- \* Personal que desarrollará el programa, tanto de plantilla como colaborador.
- \* Presupuesto detallado por partidas.
- \* Resultados previstos.
- \* Cualquiera otra información de interés sobre la ayuda solicitada.

**2.- Si se solicita ayuda para "Mantenimiento de Centros y Servicios" se indicará además:**

- \* Coste medio por plaza o tratamiento
- \* Si la ayuda es susceptible de individualización se cumplimentará el anexo de las páginas números 4 y 5.

**ANEXO (Concepto "Mantenimiento de Centros y Servicios")****Relación de beneficiarios**

| Apellidos y Nombre | Nº Seguridad Social | Fecha y Centro Base reconoc. minusvalía | Sexo | Edad |
|--------------------|---------------------|---|------|------|
|                    |                     |   |      |      |

**ANEXO (Concepto "Mantenimiento de Centros y Servicios")****Relación de beneficiarios**

| Apellidos y Nombre | N° Seguridad Social | Fecha y Centro Base reconoc. minusvalía | Sexo | Edad |
|--------------------|---------------------|---|------|------|
|                    |                     |   |      |      |

**RÉGIMEN UNIFICADO DE AYUDAS PÚBLICAS A PERSONAS CON MINUSVALÍA****AYUDAS INSTITUCIONALES****MEMORIA Y PRESUPUESTO****1.- DATOS DE LA ENTIDAD**

- \* Nombre:
- \* Federación o Confederación a la que pertenece:
- \* Fecha en que comenzó a funcionar:
- \* Fines de la Institución:
  
- \* Inmuebles de que dispone (especificar titularidad)

**2.- DATOS DE SOCIOS O BENEFICIARIOS**

\* Número total de socios:

\* Número de beneficiarios:

**3.- DATOS ECONÓMICOS****3.1. Balance Económico del Ejercicio Anterior**

| Total Ingresos | Total Gastos | Superávit | Déficit |
|----------------|--------------|-----------|---------|
|                |              |           |         |

**3.2. Subvenciones o ayudas recibidas durante el ejercicio anterior**

| ORGANISMO | CONCEPTO | CUANTÍA CONCEDIDA |
|-----------|----------|-------------------|
|           |          |                   |

**3.3. Límite Presupuestario previsto en los Estatutos****IMPORTE ANUAL:****Pesetas**

**4.- PRESUPUESTO ANUAL PREVISTO**

**4.1. Ingresos**

- \* Cuotas socios \_\_\_\_\_
- \* Cuotas beneficiarios Centros y Servicios \_\_\_\_\_
- \* Subvenciones \_\_\_\_\_
- Comunidad Autónoma \_\_\_\_\_
- Ayuntamiento \_\_\_\_\_
- Otras (especificar) \_\_\_\_\_
- \* Ventas \_\_\_\_\_
- \* Ingresos financieros \_\_\_\_\_
- \* Ingresos patrimoniales \_\_\_\_\_
- \* Otros ingresos (especificar) \_\_\_\_\_

**Total ingresos:** \_\_\_\_\_ **Pesetas**

**4.2. Gastos**

**4.2.1. Mantenimiento**

- \* Retribuciones de personal \_\_\_\_\_
- \* Seguridad Social \_\_\_\_\_
- \* Gratificaciones \_\_\_\_\_
- \* Arrendamientos \_\_\_\_\_
- \* Agua \_\_\_\_\_
- \* Luz \_\_\_\_\_
- \* Gas \_\_\_\_\_
- \* Calefacción \_\_\_\_\_
- \* Teléfono \_\_\_\_\_
- \* Material Oficina \_\_\_\_\_
- \* Reparaciones, conservación \_\_\_\_\_
- \* Limpieza \_\_\_\_\_

**4.2.2. Compras**

- \* Alimentación \_\_\_\_\_
- \* Lencería, vestuario \_\_\_\_\_
- \* Otros: sanitario, farmacéutico \_\_\_\_\_

**4.2.3. Inversiones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4.2.2. Otros gastos (especificar)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Total gastos:** \_\_\_\_\_ **Pesetas**

**4.3. Diferencia ingresos-gastos**

**Total** \_\_\_\_\_ **Pesetas**

**5.- DATOS DE PERSONAL****5.1.- Personal Contratado**

| NOMBRE Y APELLIDOS | CATEGORÍA PROFESIONAL | Nº AFILIACIÓN SEG. SOCIAL | SALARIO BRUTO MES |
|--------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|
|                    |                       |                           |                   |

**5.2. - Personal colaborador, voluntario, otros**

| NOMBRE Y APELLIDOS | RELACIÓN Y ACTIVIDAD QUE DESARROLLA CON LA INSTITUCIÓN | INDEMNIZACIÓN GASTOS |
|--------------------|--|----------------------|
|                    |  |                      |

**6.- PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES**

(Señalar las actividades, programas, publicaciones, etc., que la Entidad tiene previsto realizar durante el año)

| CONCEPTOS | LUGAR DE CELEBRACIÓN | FECHAS | PARTICIPANTES |
|-----------|----------------------|--------|---------------|
|           |                      |        |               |

**7.- SERVICIOS DE QUE DISPONE**

(Orientación, diagnóstico, estimulación precoz, talleres, transporte, atención domiciliaria, residencia, colaboración comunitaria, acción social, publicaciones, asesoramiento, otros).

**8.- CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO**

(Cumplimentar siempre que la ayuda se solicite para Centros)

**8.1. Aspectos Generales**

\* Titularidad del inmueble:

\* Superficie aproximada:

\* Dependencias:

\* Equipamiento:

\* Otros aspectos:

**8.2. Aspectos específicos**

\* Requisitos de admisión:

\* Aportación usuario:

\* Capacidad Real:

\* Plazas cubiertas:

- Residencia:

\* Régimen de Plazas: - Externado:

- Otros (especificar):

**9.- OTROS DATOS Y OBSERVACIONES QUE SE ESTIMEN DE INTERÉS**

|  |
|--|
|  |
|--|

En

a

de

de 19

Fdo.: (el representante de la Entidad)