



DOCUMENTO ESPECÍFICO PARA A DESCRICIÓN DE PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE EDUCACIÓN E APOIO FAMILIAR

(deberase cubrir un para cada programa solicitado)

DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE

ENTIDADE LOCAL

NIF

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

NOME

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

EN CALIDADE DE (CARGO/POSTO QUE DESEMPEÑA)

FICHA DESCRITIVA DO PROGRAMA

DENOMINACIÓN DO PROGRAMA

LOCALIZACIÓN TERRITORIAL (sinale a localidade en que se teña previsto realizar as accións previstas no programa)

OBXECTIVOS E DESCRICIÓN XERAL DO PROGRAMA

DESCRICIÓN DO CONTIDO DA PRESTACIÓN E DESCRICIÓN DA APLICACIÓN NO SEU DESEÑO DA PERSPECTIVA DE XÉNERO (incluírá o/os obxectivo/s xeral/ais e específico/s de cada unha das accións programadas e, de ser o caso, as unidades didácticas das accións formativas, os resultados esperados, a avaliación cualitativa prevista para coñecer o grao de cumprimento das accións programadas e unha descrición da aplicación da perspectiva de xénero).

Obxectivos xerais

Obxectivos específicos

Accións programadas para cumprir obxectivos concretos

Descrición da aplicación da perspectiva de xénero na metodoloxía

**OBXECTIVOS E DESCRICIÓN XERAL DO PROGRAMA** (continuación)

Avaliación prevista para coñecer o grao de cumprimento das accións programadas

Indicadores de resultado (incluíranse tanto aqueles referidos ás actividades desenvolvidas -resultados e realización- como aqueles outros efectos que interese medir comparativamente en termos de porcentaxe (exemplo: variación da porcentaxe de poboación que reside en infravivenda; variación na poboación chabolista que accede á vivenda normalizada, etc.)

Resultados previstos

**DESCRICIÓN DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS**

RECURSOS HUMANOS (especificívese titulación e dedicación horaria do persoal asignado a cada acción solicitada)

Titulación	Núm. horas previstas

**PERFIL E CRITERIOS DE SELECCIÓN DAS PERSOAS DESTINATARIAS DAS ACTUACIÓNS****FICHA DE DESCRICIÓN DO PROGRAMA**

COMPLEMENTARIEDADE CON OUTROS RECURSOS DO SISTEMA GALEGO DE SERVIZOS SOCIAIS EXISTENTES:

COLABORACIÓN CON OUTRAS INSTITUCIÓNS

Colabora con outras institucións públicas?  Unión Europea  Admón. xeral do Estado  Admón. autonómica  Admón. localColabora con outras institucións privadas?  ONG  Asociacións veciñais  Obras sociais  Achegas sociais de empresas

**XUSTIFICACIÓN DA NECESIDADE**

DESCRICIÓN DA NECESIDADE SOCIAL

**CONTINUIDADE DO PROGRAMA**Realizou a mesma prestación en anos anteriores?  SI  NON

No caso de sinalar "SI", indique os anos que recibiu subvención:

Ano  Ano  Ano  Ano  Ano  Ano **PLAN DE IGUALDADE**

Existencia dun plan municipal de igualdade nos termos da Lei orgánica 3/2007, do 22 de marzo, e do Decreto legislativo 2/2015, do 12 de febreiro, polo que se aproba o texto refundido das disposicións legais da Comunidade Autónoma de Galicia en materia de igualdade.

Nos casos de mancomunidades e consorcio, indique a porcentaxe de concellos integrantes que contan cun plan de igualdade

**CRONOGRAMA DAS ACCIÓNS**

PRESTACIÓNS DO SERVIZO DE APOIO Á INCLUSIÓN BÁSICA

NOME DA ACTUACIÓN	Horas de dedicación dende o 1/5/2023 ata o 30/11/2023 (máximo 1.003 horas)	Horas de dedicación dende o 1/12/2023 ata o 30/11/2024 (máximo 1.720 horas)	Horas de dedicación dende o 1/12/2024 ata o 30/4/2025 (máximo 717 horas)	Número previsto de persoas

**SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE**

Lugar y fecha

 ,  de  de 