

AJUNTAMENT O MANCOMUNITAT DE / AYUNTAMIENTO O MANCOMUNIDAD DE	ZONA	ÀREA / ÁREA	DEPARTAMENT / DEPARTAMENTO
--	------	-------------	----------------------------

<b>A</b>	<b>DADES D'IDENTIFICACIÓ I LOCALITZACIÓ</b> <b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN</b>
----------	--

AJUNTAMENT O MANCOMUNITAT DE / AYUNTAMIENTO O MANCOMUNIDAD DE	CIF
---	-----

DOMICILI (CARRER, PLAÇA... I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE, PLAZA... Y NÚMERO)	CP
---	----

LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA
-----------------------	-----------------------

TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA CORREU ELECTRÒNIC / DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO
--------------------	---

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL
--

COM A / EN CALIDAD DE
-----------------------

DIRECTOR/A DE SERVEIS SOCIALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BÀSICA (NOM I COGNOMS) DIRECTOR/A DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA BÁSICA (NOMBRE Y APELLIDOS)
--

TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA CORREU ELECTRÒNIC / DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO
--------------------	---

HABITANTS PER MUNICIPI (En el cas d'agrupacions d'ajuntaments o de mancomunitats, especificar per cada municipi) HABITANTES POR MUNICIPIO (En el caso de agrupaciones de ayuntamientos o de mancomunidades, especificar para cada municipio)
---

AJUNTAMENT / AYUNTAMIENTO	NOMBRE HABITANTS / NÚMERO HABITANTES
<b>TOTAL:</b>	

Firma Persona responsable d'Atenció Primària Bàsica: Persona responsable de Atención Primaria Básica	de Firma El/la responsable institucional
--	--

Com a:  
En calidad de:



AJUNTAMENT O MANCOMUNITAT DE / AYUNTAMIENTO O MANCOMUNIDAD DE	ZONA	ÀREA / ÁREA	DEPARTAMENT / DEPARTAMENTO
--	------	-------------	----------------------------

B	PERSONES USUÀRIES DEL SERVEI PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO		
	Tipologia Tipología	Nombre Número	
Homes Hombres		Dones Mujeres	
Persones majors de 65 anys <i>Personas mayores de 65 años</i>			
Persones majors de 60 anys en situació de dependència que convisquen amb persones majors de 65 anys usuàries del programa <i>Personas mayores de 60 años en situación de dependencia que convivan con personas mayores de 65 años usuarias del programa</i>			
Persones amb discapacitat en situació de dependència, majors de 18 anys, que convisquen amb persones majors de 65 anys usuàries del programa <i>Personas con discapacidad en situación de dependencia, mayores de 18 años, que convivan con personas mayores de 65 años usuarias del programa</i>			
	<b>TOTAL</b>		

C			
SEGUIMENT DEL PROGRAMA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA			
C.1			
SEGUIMENT DE LA COORDINACIÓ GENERAL DEL PROGRAMA SEGUIMIENTO DE LA COORDINACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA			
Persona responsable de la coordinació general del servei <i>Persona responsable de la coordinación general del servicio</i>			
Nombre d'informe Número de informe	Data de l'informe Fecha del informe	Indicadors de qualitat Indicadores de calidad	Resultat de l'informe Resultado del informe

C.2	
OBSERVACIONS / OBSERVACIONES	

AJUNTAMENT O MANCOMUNITAT DE / AYUNTAMIENTO O MANCOMUNIDAD DE	ZONA	ÀREA / ÁREA	DEPARTAMENT / DEPARTAMENTO
--	------	-------------	----------------------------

C.3	GARANTIA DE LA QUALITAT HIGIENICOSANITÀRIA GARANTÍA DE LA CALIDAD HIGIÉNICO-SANITARIA		
Nombre d'informe Número de informe	Data de l'informe Fecha del informe	Resultat de l'informe Resultado del informe	

D	GESTIÓ DEL PROGRAMA GESTIÓN DEL PROGRAMA							
D.1	MODALITAT DE GESTIÓ / MODALIDAD DE GESTIÓN							
<input type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Externalitzada amb / <i>Externalizada con</i> _____								
D.2	PROFESSIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA							
D.3	PERSONAL PROFESSIONAL DEL PROGRAMA DE “MAJOR A CASA” / PERSONAL PROFESIONAL DEL PROGRAMA DE “MAJOR A CASA”							
Nre Nº	Lloc de treball (1) <i>Puesto de trabajo (1)</i>	Nre Dones Nº <i>Mujeres</i>	Nre Homes Nº <i>Hombres</i>	Dedicació / Dedicación		Tipus de relació laboral (2) <i>Tipo de relación laboral (2)</i>	Cost anual (gastos transp, assegur.formació) <i>Coste anual (gastos transp, seguros,formació)</i>	
				Nre. Hores /setmana <i>Nº horas/semana</i>	Mes / Any <i>Mes/Año</i>			
<b>TOTAL</b>								

D.4		NOMBRE DE MENÚS PRESTATS NÚMERO DE MENÚS PRESTADOS		
		Fàcil mastiació Fácil masticación	Fàcil deglució Fácil deglución	TOTAL
Dieta normal <i>Dieta normal</i>				
Dieta de protecció gàstrica <i>Dieta de protección gástrica</i>				
Dieta diabètica <i>Dieta diabética</i>				
Altres <i>Otros</i>				
TOTAL				

D.5		COST REAL DEL PROGRAMA COSTE REAL DEL PROGRAMA	
N'hi ha establida aportació de les persones usuàries al programa? (En cas afirmatiu, adjuntar ordenança municipal per la qual es regula) <i>¿Hay establecida aportación de las personas usuarias al programa? (En caso afirmativo, adjuntar ordenanza municipal que lo regula)</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cost total any <i>Coste total año</i>	Aportació Conselleria / Diputació Aportación Conselleria / Diputación	Aportació ajuntament / mancomunitat Aportación ayuntamiento /mancomunidad	Aportació persones usuàries <i>Aportación personas usuarias</i>	Cost mitjà per persona <i>Coste medio por persona</i>

D.6		DEMANDA	
Nombre de sol·licituds <i>Número de solicitudes</i>			
Nombre de casos valorats i a l'espera de ser atesos <i>Número de casos valorados y a la espera de ser atendidos</i>			
Nombre de sol·licituds denegades <i>Número de solicitudes denegadas</i>			
Especifique les raons de la denegació / <i>Especificar las razones de la denegación:</i>			
Nombre <i>Número</i>	Raons / <i>Razones</i>		
	No complir els requisits prevists per a accedir a aquestes ajudes <i>No cumplir los requisitos previstos para acceder a estas ayudas</i>		
	Falsejament o obstaculització de les dades necessàries per a obtenir l'ajuda <i>Falseamiento u obstaculización de los datos necesarios para obtener la ayuda</i>		
	Desestiment de la persona sol·licitant <i>Desestimamiento de la persona solicitante</i>		
	Per criteri tècnic <i>Por criterio técnico</i>		

D.7		Necessitats del programa i propostes d'actuació per als propers anys <i>Necesidades del programa y propuestas para próximos años</i>	

D.8		Observacions i/o notes finals: <i>Observaciones y/o notas finales:</i>	



AJUNTAMENT O MANCOMUNITAT DE / AYUNTAMIENTO O MANCOMUNIDAD DE	ZONA	ÀREA / ÁREA	DEPARTAMENT / DEPARTAMENTO
--	------	-------------	----------------------------

<b>E</b>	<b>FORMA DE PRESTACIÓ DEL SERVEI FORMA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>
<b>E.1</b>	<b>MEMÒRIA DE PRESTACIÓ DEL SERVEI MEMORIA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>



AJUNTAMENT O MANCOMUNITAT DE / AYUNTAMIENTO O MANCOMUNIDAD DE	ZONA	ÀREA / ÁREA	DEPARTAMENT / DEPARTAMENTO
--	------	-------------	----------------------------

E.2	QUALITAT DELS PRODUCTES CALIDAD DE LOS PRODUCTOS
<p>Memòria en la qual indique la descripció de cada matèria primera, el seu proveïdor, la seua qualitat, tipus d'envàs, unitat de mesura, marca o marques, així com tots aquells requisits que establisca l'ordenament jurídic vigent</p> <p><i>Memoria en la que indique la descripción de cada materia prima, su proveedor, su calidad, tipo de envase, unidad de medida, marca o marcas, así como todos aquellos requisitos que establezca el ordenamiento jurídico vigente</i></p>	

**F**  
**CLAUS**  
**CLAVES**

**Les quantitats s'expressaran en EUROS.**  
**Las cuantías se expresarán en EUROS.**

*Consignar de acuerdo con las siguientes claves: (S) semanal, (Q) quincenal, (M) mensual*

- (1) Es consignarà la denominació concreta del lloc de plantilla que desenvolupa cada treballador: (DC) director/a del centre, (CO) coordinador/a de programes, (TS) treballador/a social, (PS) psicòleg/a, (PE) pedagog/a, (ED) educador/a social, (TI) tècnic d'integració social, (AJ) assessor/a jurídic/a, (AD) administratiu/iva-auxiliar, (MO) animador/a-monitor/a, (SA) serveis auxiliars/oficis, (AH) auxiliar d'hogar-treballador/a familiar, (OT) altres.

*Se consignará la denominación concreta del lugar de plantilla que desarrolla cada trabajador: (DC) director/a del centro, (CO) coordinador/a de programas, (TS) trabajador/a Social, (PS) psicólogo/a, (PE) pedagogo/a, (ED) educador/a social, (TI) técnico de integración social, (AJ) asesor/a jurídico/a, (AD) administrativo/a-auxiliar, (MO) animador/a-monitor/a, (SA) servicios auxiliares/oficios, (AH) auxiliar de hogar-trabajador/a familiar, (O) otras.*

- (2) Especificar tipus de relació del treballador amb l'Administració: (F) funcionari/a, (I) funcionari/a interí/ina, (L) contractat/ada laboral fix/a, (E) contractat/ada laboral eventual/temporal, (S) contracte d'obra o serveis determinats (contracte de duració determinada), (X) extern/a (a través d'empresa contractada), i (N) no consta.

*Especificar tipo de relación del trabajador con la Administración: (F) funcionario/a, (I) funcionario/a interino/a, (L) contratado/a laboral fijo/a, (E) contratado/a laboral eventual/temporal, (S) contrato de obra o servicios determinados (contrato de duración determinada), (X) externo/a (a través de empresa contratada), y (N) no consta.*