

**Localidad y Departamento:…………………**

**Intendente/a presidente/a comunal: ……………………**

**Fecha de presentación del proyecto a APRECOD:** **……………………**

**Fecha prevista de inicio de ejecución del proyecto: ……………………**

**Duración del proyecto:** **……………………**

**DATOS INSTITUCIONALES**

1.1 Domicilio Comuna / Municipio:

Localidad:

C.P :
Partido/Departamento:

REGIÓN:
Teléfono ...…............................................................... Fax ............................................................................

Secretaría/s – área/s – persona/s responsable/s de la ejecución:

Secretaría o área local:

Persona responsable:

Domicilio:

* Tipo y número de documento de identidad :
* Teléfono:
* Correo electrónico:
* Datos del responsable técnico del proyecto:
Apellido y nombre:
Domicilio:
Tipo y nro de Documento:
Teléfono/Fax:

Correo electrónico:

**PARTE 2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

| i | • DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA• NECESIDADES DE LA LOCALIDAD RESPECTO A LA PROBLEMÁTICA  |
| --- | --- |
|  |

| ii | • ANTECEDENTES, • DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO A REALIZAR, MODALIDAD **(\* para la elección de la modalidad tener en cuenta los requisitos mínimos)** Y LOCALIZACIÓN • DESTINATARIOS • RED DE TRABAJO CON OTRAS ÁREAS O ACTORES |
| --- | --- |
| *-Antecedentes en acciones, relevamiento y/o acciones en relación a los consumos problemáticos**-El proyecto debe buscar responder y tener impacto en la especificidad de la temática* *-Especificar y cuantificar los destinatarios directos e indirectos del proyecto -Mencionar las redes de trabajo existentes y/o a construir con éste proyecto**-Especificar la modalidad de tratamiento implicada para el abordaje específico (Ambulatorio Centro de Día jornada Completa o Simple, Ambulatorio Consultorios Externos, Hostal Asistido u Otras)***\*Requisitos Mínimos Indispensables por cantidad de usuarios y Modalidad de Abordaje:**-Ambulatoria: (equipos profesional para un estimativo de 30 usuarios)* Centro de día y Consultorios externos: dos Psicólogos, un Trabajador Social, tres Talleristas, tres Operadores, un Administrativo.

-Residencial: (equipos profesional para un estimativo de 12 usuarios)* Hostal Asistido: un Psicólogo, un Trabajador Social, un Tallerista, dos Operadores, un administrativo.
 |
|  |

| iii | • OBJETIVOS DEL PROYECTO (GENERAL Y ESPECÍFICOS) |
| --- | --- |
| **Objetivo General:****Objetivos específicos:** |

| iv | • ACTIVIDADES PARA LLEVAR A CABO LOS OBJETIVOS ANTERIORMENTE DESCRIPTOS |
| --- | --- |
|  |

| v | DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO A CREAR Y/O FORTALECER: PERFIL, FUNCIÓN, CARGA HORARIA, DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, ANTECEDENTES Y/O IDONEIDAD EN LA MATERIA |
| --- | --- |
| **Relatar cantidad y características del recurso humano que formará parte del Área local / Centro Orientador que llevarán adelante el proyecto.** |

| vi |  GEOLOCALIZACIÓN DEL PROYECTO |
| --- | --- |
|  **Ubicar geográficamente el lugar donde se realizará el proyecto (localización física del equipo de trabajo y/o actividades que se realizarán) con dirección, barrio y mapa.** **Cantidad de Inmuebles, dirección de los mismos, modalidad de ocupación (propio, alquilado, comodato), características del establecimiento (metros cuadrados, zona verde, etc).**  |

* **Evaluación del proyecto:**

 *La evaluación y selección de los proyectos será realizada por un jurado conformado por miembros de APRECOD, el que otorgará un puntaje a cada proyecto en base a los siguientes criterios:*

 *INTEGRALIDAD: MARCO NORMATIVO: que sus acciones se inscriban en el marco de la Ley Nacional de Salud mental y Ley Provincial de Salud mental.*

*TRABAJO EN RED: que el proyecto asocie en su planificación a diversas instituciones y organizaciones de la sociedad civil.*

*PERTINENCIA DE LA RESPUESTA A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA: que las actividades planteadas den respuesta a alguna/s de las problemáticas del diagnóstico inicial.*

*SOSTENIBILIDAD: que el proyecto muestre posibilidad de ser sostenido en el tiempo y prolongarse más allá del programa.*

*INNOVACIÓN: que contenga algún elemento innovador.*

*CONSISTENCIA DEL PROYECTO: que sea clara en los objetivos que se propone y en cómo llegar a los mismos.*

*GÉNERO: que consideren la perspectiva de género en la propuesta y en el grupo que la promueva.*

* **Informes durante el transcurso del proyecto:**
* Realizar y enviar a la Agencia un informe escrito mensual sobre la evolución del proyecto según modelo propuesto por APRECOD.
* Registrar datos en función de las solicitudes del Observatorio santafesino de APRECOD
* **Recursos Humanos:** colocar con monto sólo los recursos humanos que serán solventados con el aporte requerido a APRECOD y explicitar aquellos que serán cubiertos con recursos propios u otros programas.

*IMPORTANTE:* ***Colocar con claridad valor de hora, valor mensual y valor total*** *(el valor total se deduce del valor mensual multiplicado por la cantidad de meses de duración del proyecto)*

| **ROL** | **Nombre y Apellido** | **Función** | **Profesión / Oficio** | **Teléfono** | **Correo electrónico** | **Carga Horaria** | **Valor Hora**  | **Valor Mensual**  | **Valor total** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordinación** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Equipo técnico** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Administración** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**COSTO INSUMOS Y GASTOS**:

*IMPORTANTE:* ***colocar con monto sólo los recursos materiales que serán solventados con el aporte requerido a APRECOD*** *y explicar o sólo listar aquellos que serán cubiertos con recursos propios u otros programas*

| **RECURSOS MATERIALES** |
| --- |
| **Actividad** | **Insumo, Herramienta, Gasto** | **Cantidad** | **Gasto Mensual**  | **Gasto total por actividad** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**INVERSIÓN INICIAL (Bienes de Uso)**

| **Inversión Inicial** |
| --- |
| **Actividad** | **Bienes de uso**  | **Cantidad** | **Gasto total por actividad** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

| **APORTE ECONÓMICO DEL PROYECTO** |
| --- |
| El programa Municipios y Comunas se trata de un aporte económico que contempla la evaluación de APRECOD para fortalecer algunas de las actividades previstas en el proyecto. **No se sustenta la totalidad del proyecto.** Por lo tanto, **mencionar a continuación los aportes propios para concretar el proyecto presentado**. |
| **FINANCIAMIENTOS** |
| **Autogestión de recursos** |  |
| **Otros programas (especificar)** |  |
| **Otros financiamientos** |  |

| **MONTO TOTAL SOLICITADO A APRECOD PARA DESARROLLO DE PROYECTO****Aclarar con letra y número** |
| --- |
| **Son pesos**  |
| **$………………………...** |

 **DECLARACIÓN JURADA**

Documentación complementaria que acompaña a la presentación

| Descripción  | Páginas  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

| El/la que suscribe, en su carácter de representante legal de …. con domicilio en ….., declara que la información incluida en este formulario y en la documentación complementaria antes detallada es fidedigna. Además manifiesta conocer y aceptar la normativa que rige al Programa y se responsabiliza de la efectivización de los aportes comprometidos en cantidad, tiempo y forma para la ejecución del proyecto.…………………………………… ........................................................................................................................................... Fecha Sello y firma de representante legal del organismo responsable  |
| --- |

| **Espacio reservado para el MIDH** |
| --- |
| Firma y sello de la Oficina receptora  |  | Número de recepción  |
|  |   |  |
| Cumple con requisitos formales  |  | Número de aprobación  |
| Si No  |   |  |

Verificación de aspectos formales

| 1. Desempeño del Organismo Responsable  | Si  | No  |
| --- | --- | --- |
| a) El Organismo Responsable del proyecto tiene incumplimientos previos  |   |   |
| b) El Organismo Responsable ha trabajado con el MIDH con anterioridad  |   |   |

Si la respuesta 1.a) es afirmativa el Proyecto no podrá ser evaluado y será devuelto al Organismo Responsable

| 2. Requisitos del Proyecto  | Si  | No  |
| --- | --- | --- |
| a) ¿Consta las firmas y sellos de los responsables legales y técnicos?  |   |   |
| b) ¿ Se señala claramente la localización específica del proyecto en el croquis de ubicación?  |   |   |
| c) ¿Se presenta la información adicional requerida para la tipología correspondiente? (Monotributo de Profesionales, CV de Profesionales y o idóneos)  |   |   |

 Si no cumple con alguno de los requisitos, el Proyecto no podrá ser evaluado y será devuelto al Organismo Responsable

| El Proyecto cumple con los Aspectos Formales: De no cumplir con los Aspectos Formales, señalarlo en la primera hoja del Formulario de Presentación, e interrumpir el proceso de evaluación  | Si   |
| --- | --- |

………………………………………………………………..

 Firma y sello de la Unidad Evaluadora Fecha: ….… /. …… / .……