



**Comunidad
de Madrid**

Anexo II – Resumen del Proyecto

Subvención destinada a entidades sin ánimo de lucro de la Comunidad de Madrid dirigida a la financiación de proyectos de carácter asistencial en favor de personas afectadas por el VIH/Sida

1.- Datos de identificación:

Datos de la Entidad solicitante:		NIF			Nombre/ Razón Social			
Denominación del Centro o Servicio para el que solicita la subvención								
Domicilio		Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
Piso		Puerta		CP	Localidad			
Nombre y apellidos del Director o Responsable directo del Proyecto								
Fecha puesta en funcionamiento								
Colectivos diana del Centro o Servicio								

2.- Datos económicos del Proyecto:

2.1.- Valoración económica del Proyecto (coste total):	
2.2.- Importe solicitado:	

2.3.- ASIGNACIÓN DEL IMPORTE SOLICITADO	
Tipo de gasto	Euros
GASTOS DE PERSONAL	
GASTOS CORRIENTES	
TOTAL (Debe coincidir con el apartado 2.2.)	



**Comunidad
de Madrid**

3.- Datos del Proyecto

3.1.- Descripción

Denominación del Proyecto	
Fundamentación e interés sanitario y social	
Objetivos:	
Nº de usuarios previstos:	

3.2.- Indicadores

Indicadores de cumplimiento de actividades y periodicidad	
Indicadores de cumplimiento de objetivos y periodicidad	

4.- Metodología del Proyecto

Tipo de estudio/ intervención		
Ámbito de intervención	Geográfico	
	Temporal	
	Población diana	
Actividades a desarrollar		

5.- Cronograma

Actividades	Meses (1)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

(1) Mes 1 = Mes inicio período subvencionable. Mes 12 = Mes fin período subvencionable.



**Comunidad
de Madrid**

6.- Medios necesarios para el desarrollo del Proyecto:

Medios disponibles	
Humanos	
Materiales	
Medios no disponibles	
Humanos	
Materiales	

7.- Protocolos de derivación-coordinación: (se deberá acompañar la documentación acreditativa de la existencia de los mecanismos de derivación-coordinación con las diferentes redes sanitarias y sociales)

7.1.- Relación de centros asistenciales, sanitarios y sociales en los que existan mecanismos establecidos de derivación de pacientes y coordinación asistencial:	
7.2.- Breve descripción del procedimiento utilizado para la derivación de pacientes y coordinación asistencial sanitaria:	
7.3.- Breve descripción del procedimiento utilizado para la derivación de pacientes y coordinación con los servicios sociales:	

En....., a.....de..... de.....

FIRMA de el/la Representante Legal de la Entidad

--