

ANEXO II

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Caso de que lo reflejado ocupe mayor espacio del reservado, adjuntar como anexos.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA
<ul style="list-style-type: none">• Denominación del programa
<ul style="list-style-type: none">• Correspondencia con el artículo 1 de la Resolución de convocatoria. (Referido a las definiciones de programas que aparecen en el artículo 1)
<ul style="list-style-type: none">• Justificación del programa (necesidad de su realización, análisis de situación, correspondencia con el Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023). Caso de que se trate de programas de investigación aplicada, especificar además el marco teórico desde el que se parte.
<ul style="list-style-type: none">• Población diana o colectivo al que va dirigido el programa (detallar perfiles de las personas beneficiarias de este programa)
<ul style="list-style-type: none">• Contexto de aplicación o entorno donde se desarrollará el programa (asistencial, preventivo - escolar, familiar, laboral, comunitario, selectivo o de reincorporación social)
<ul style="list-style-type: none">• Objetivos (definidos operativamente, generales, específicos, estratégicos y de resultado)
<ul style="list-style-type: none">• Adicciones que se trabajan en el programa:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Adicciones en general<input type="checkbox"/> Opiáceos<input type="checkbox"/> Alcohol<input type="checkbox"/> Sustancias Adictivas Sintéticas<input type="checkbox"/> Juego Patológico<input type="checkbox"/> Otros<input type="checkbox"/> Tabaco<input type="checkbox"/> Fármacos<input type="checkbox"/> Cánnabis<input type="checkbox"/> Cocaína y derivados
<ul style="list-style-type: none">• Metodología, tamaño del grupo sobre el que se va a intervenir, herramientas, instrumentos y/o procedimientos utilizados y material didáctico o técnico necesario para el desarrollo del programa, en su caso.

- Contenido y fases del programa.
Descripción de las actividades a desarrollar en el mismo:

Actividades (cumplimentar una hoja por actividad).

De cada actividad indicar:

-Actividad nº

-Nombre:

-Descripción:

-Población a la que va dirigida:

Tipo de Colectivo	Nº de participantes	Persona Responsable
-------------------	---------------------	---------------------

-Relación de la actividad con los objetivos del programa:

-Entorno donde se va a realizar:

-Recursos Humanos:

Número	Titulación	Tipo de relación laboral
--------	------------	--------------------------

-Voluntariado:

Número	Titulación	Horas dedicadas
--------	------------	-----------------

-Recursos Materiales:

Tipo	Número
------	--------

-Instituciones que van a participar:

Nombre	Tipo de colaboración	Tipo de acuerdo
--------	----------------------	-----------------

-Recursos de la comunidad que se van a utilizar:

-Evaluación prevista (Describir instrumentos y formas de aplicación):

A) Describir instrumentos a utilizar

B) Descripción de los indicadores cuantitativos y cualitativos

C) Momento de la Evaluación

-Presupuesto: €

Calendario (reparto de actividades):

Actividad	Meses	Días	Fecha inicio	Fecha fin
-----------	-------	------	--------------	-----------

Descripción de los canales y tiempos previstos (mensual, trimestral, ...) en la coordinación con la Secretaría Técnica de Adicciones (detallado).

Presupuesto detallado del proyecto:	
Desglose de los gastos:	Importe en €
Personal (detallado por cada profesional)	€
Material (detallado)	€
Local/locales	€
Bienes y Servicios	€
Otros (viajes, dietas, seguros, formación, ...) (detallado por concepto)	€
Fuentes de Financiación:	€
Consejerías (detallado)	€
Ayuntamientos (detallado)	€
Cajas de Ahorro/Bancos (detallado)	€
Ministerios (detallado)	€
Otras Entidades (detallado)	€
Financiación Propia (detallado)	€
Presupuesto Total del Programa	
IMPORTE:	€

ANEXO III

BALANCE ECONÓMICO CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2024

Indicar las ayudas/subvenciones concedidas/aportaciones propias de la Entidad y otros ingresos obtenidos para la misma finalidad durante el año 2024:

Fecha/Año	Otras Administraciones/Entes públicos o privados	Importe €

- Indicar los gastos realizados, agrupados por partidas específicas, según el fin al que fueron destinados durante el año 2024:

Fecha/Año	Otras Administraciones/Entes públicos o privados	Importe €

No ha solicitado ni obtenido ayuda/subvención para la misma finalidad.

En _____, a _____ de _____ de 20

El/La Representante

Fdo.:

ANEXO IV

D./D^a.....
....., en nombre y representación de la
entidad.....,

DECLARA

Que la entidad.....se
compromete a destinar al menos un 40% de la jornada laboral semanal del personal técnico
contratado para el desarrollo del programa de prevención selectiva/indicada del consumo de
alcohol en menores en poblaciones de Extremadura de más de 20.000 habitantes, con exclusividad.

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

Fdo.:

ANEXO V

COMPROMISO DE COLABORACIÓN

La Asociación: _____ en colaboración con la entidad/centro educativo: _____, se comprometen a realizar las siguientes actividades para un programa de prevención selectiva/indicada del consumo de alcohol en menores en la población de _____:

-
-
-
-
-
-
-
-
-

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Fdo.:

Fdo.:

Responsable de la Asociación _____ Responsable de la entidad _____

ANEXO VI

D./D^a.

como Secretaria/o y/o Tesorera/o de la Entidad

de (localidad), certifico que la relación de gastos habidos en la ejecución del Programa de Intervención en Conductas Adictivas, subvencionado por el Servicio Extremeño de Salud de la Consejería de Salud y Servicios Sociales durante el año 2025, son los recogidos en la relación nominal de facturas que aparecen en la siguiente tabla, así como que todas las facturas y demás justificantes se encuentran depositadas en la sede de la mencionada Entidad.

FECHA	Nº DE FACTURA	CONCEPTO	IMPORTES

Documentación que se adjunta:

Originales o copias compulsadas de todas las facturas relacionadas.

En _____, a _____ de _____

de _____

Vº Bº de Presidencia

La Secretaría/Tesorería

Fdo.:

Fdo.:

**DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD
AVDA. DE LAS AMÉRICAS, Nº 2
06800 MÉRIDA.**

ANEXO VII

MEMORIA DE ACTIVIDADES SUBVENCIONADAS Y DESARROLLADAS EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA POR LA ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL, ASOCIACIÓN O ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO DURANTE 2025.

<i>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA EJECUTADO</i>				
Denominación del programa				
Población diana o colectivo al que se ha dirigido el programa (desagregado por tramos de edad y sexo, detallando las características de su perfil)				
Contexto de aplicación o entorno donde se ha desarrollado el programa				
Objetivos Conseguidos (definidos operativamente, generales, específicos, estratégicos y de resultado)				
Adicciones que se han trabajado en el programa:				
<input type="checkbox"/> Adicciones en general		<input type="checkbox"/> Tabaco		
<input type="checkbox"/> Opiáceos		<input type="checkbox"/> Fármacos		
<input type="checkbox"/> Alcohol		<input type="checkbox"/> Cánnabis		
<input type="checkbox"/> Sustancias adictivas Sintéticas		<input type="checkbox"/> Cocaína y derivados		
<input type="checkbox"/> Juego Patológico				
<input type="checkbox"/> Otros				
Metodología, tamaño del grupo sobre el que se ha intervenido, herramientas, instrumentos y/procedimientos utilizados y material didáctico o técnico empleado para el desarrollo del programa.				
Contenido y fases del programa. Descripción de las fases y actividades desarrolladas:				
Evaluación Realizada:				
Describir instrumentos utilizados				
Describir y cuantificar los indicadores cuantitativos y cualitativos				
Calendario de actividades realizadas.				
Actividad	Meses	Días	Fecha inicio	Fecha Fin
Descripción de los canales y tiempos previstos (mensual, trimestral...) en la coordinación con la Secretaria Técnica de Adicciones. (detallado)				

Presupuesto detallado del proyecto:	
Desglose de los gastos:	Importe en €
Personal (detallado por cada profesional)	€
Material (detallado)	€
Local/locales	€
Bienes y Servicios	€
Otros (viajes, dietas, seguros, formación, ...) (detallado por concepto)	€
Fuentes de Financiación:	€
Consejerías (detallado)	€
Ayuntamientos (detallado)	€
Cajas de Ahorro/Bancos (detallado)	€
Ministerios (detallado)	€
Otras Entidades (detallado)	€
Financiación Propia (detallado)	€
Presupuesto Total del Programa	
IMPORTE:	€

**DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD
AVDA. DE LAS AMÉRICAS, N° 2
06800 MÉRIDA.**