**ANEXO 1**

**MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ENTIDAD**

1. **Entidad solicitante**:

Nombre: NIF:

1. **Miembros de la Junta Directiva, Patronato u órgano similar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cargo | Nombre y Apellidos | Fecha nombramiento | Modo de elección |
|  |  |  |  |

1. **Fines de la entidad, ámbito de actuación e implantación:**

|  |
| --- |
| 3.1. Fines de la entidad: |

|  |
| --- |
| * 1. Confederación o ferderación a la que pertenece:
 |
| N.I.F | Nombre |
|  |  |

|  |
| --- |
| * 1. Implantación de la entidad según sus estatutos:
 |

|  |
| --- |
| * 1. Lugares donde la entidad realiza sus actuaciones:
 |

|  |
| --- |
| * 1. Fecha de constitución legal de la entidad:
 |

|  |
| --- |
| * 1. Fecha de declaración de utilidad pública (se acompaña copia de la resolución de reconocimiento)
 |

|  |
| --- |
| * 1. Relación de federaciones y asociaciones integradas:
 |
| N.I.F. | Nombre | Siglas | Implantación | Fecha constitución |
|  |  |  |  |  |

1. **Estructura y capacidad de gestión de la entidad durante el año anterior:**
	1. **Inmuebles**

|  |
| --- |
| * + 1. Inmuebles en propiedad
 |
| Dirección completa: | Valor catastral |
|  |  |
| * + 1. Inmuebles en arrendamiento u otro título de uso y disfrute
 |  |
| Dirección completa: | Importe anual arrendamiento |
|  |  |

* 1. **Equipamientos tecnológicos y digitales**

|  |
| --- |
| (Describir el equipamiento tecnológico y digital con el que cuenta la entidad). |

* 1. **Sistemas de evaluación y de calidad**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Personal retribuido**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Puesto de trabajo | Número | Nº horas anuales trabajadas |
|  |  |  |
| Total: |  |  |
| Situaciones especiales de fomento de empleo. De los trabajadores detallados en el punto 4.4, se indicará el número de ellos que pertenece a alguna de las siguientes categorías:* Personas con discapacidad:
* Personas que estuvieran en situación de exclusión social desempleadas, con dificultades de integración en el mercado de trabajo:
* Mujeres, jóvenes y desempleados larga duración y Planes de Igualdad:

Acreditación (artículo 6 OM): declaración responsable, a la fecha de la solicitud, de cumplir por parte de los solicitantes las obligaciones legales en materia de reserva de empleo para personas con discapacidad (Anexo 6); compromiso de promover la generación de nuevos empleos de las personas con discapacidad, asegurando que el 30% de la plantilla de cada uno de estos proyectos (accesibilidad cognitiva y trastorno del espectro autista) serán contratos de personas con discapacidad. |

1. **Presupuesto y financiación del año anterior:**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Ingresos
 | Cuantía |
| * + 1. Financiación propia
 |  |
| * + 1. Cuotas de socios
 |  |
| * + 1. Otros ingresos
 |  |
| Total (A) |  |
| 5.1.2. Subvenciones recibidas | Órgano concedente | Cuantía |
|  |  |  |
| Total (B) |  |
| * + 1. Otras fuentes de financiación
 | Procedencia | Cuantía |
|  |  |  |
| Total (C) |  |
| TOTAL INGRESOS (A+B+C) |  |

* 1. **Gastos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipos de gasto** | **Cuantía** |
| 5.2.1. CORRIENTES* Personal
* Mantenimiento
* Actividades
* Otros gastos

Total gastos corrientes |  |
| 5.2.2. INVERSIONESTotal gastos inversiones |  |
| TOTAL GASTOS |  |

|  |
| --- |
| * 1. Resumen de resultados del año anterior
 |
| Total ingresos |  | Total gastos |  | Diferencia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Auditoría externa año anterior (acompañar documentación acreditativa)
 | (SÍ/NO) |

1. **Especialización**

|  |
| --- |
| Actividades que la entidad ha realizado en relación con el objeto de esta convocatoria (artículo 1.2 OM). |

Don/Doña…………………………………………………..…………………representante legal de la entidad solicitante, certifica la veracidad de todos los datos obrantes en el presente Anexo.

………………………………. a ……. de …………………. de 2022

Firmado………………………………….