**ANEXO III**

**MEMORIA EXPLICATIVA DEL PROGRAMA A DESARROLLAR**

**PROYECTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TMG O ENFERMEDAD MENTAL GRAVE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Entidad:** | | |  |
|  | **Modalidad:** | |  |  |
|  |  | Programa de PISOS SUPERVISADOS | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Programa de APOYO RESIDENCIAL | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Programa de INTEGRACIÓN LABORAL | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Programa de INTEGRACIÓN SOCIAL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Programa de SENSIBILIZACIÓN A LA POBLACION Y PROMOCIÓN DE LA IMAGEN POSITIVA DE LASD PERSONAS CON TMG |

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHA PARA CUMPLIMENTAR PROYECTO**  *(No se valorará ningún programa o parte de él que no se presente conforme al presente modelo)* | |
| **Denominación Programa** |  |
| **Finalidad** |  |
| **Fundamentación** |  |
| **Ámbito geográfico** |  |
| **Objetivos** |  |
| **Procedimiento de Intervención** |  |
| **Beneficiarios del proyecto** |  |
| **Temporalidad: calendario y horario.**  **Estancia media** |  |
| **Recursos Personales** |  |
| **Recursos Materiales** |  |
| **Seguimiento usuarios** |  |
| **Descripción Actividades en la comunidad** |  |
| **Descripción coordinación con recursos comunitarios** |  |
| **Continuidad del proyecto** |  |
| **Descripción de la Evaluación del programa** |  |

Fdo.:…………………………………………..

Firma del Representante Legal y sello de la entidad