

|  |
| --- |
| Anexo 4.1.5. Memoria anual del Convenio |

**MEMORIA ANUAL DEL CONVENIO DE COHESIÓN SOCIAL E IGUALDAD**

**INTRODUCCIÓN**

El objetivo del documento es la evaluación de los programas de Servicios Sociales e Igualdad desarrollados en el municipio en un periodo determinado, a través de la atención a las personas usuarias y las intervenciones profesionales desarrolladas. Por ello, no procede extenderse en textos amplios sobre la filosofía de los servicios, descripciones y objetivos que forman parte de la planificación anual y que serían analizados previamente.

Para su elaboración debemos tener en cuenta distintos apartados del propio Plan Provincial de Cohesión Social e Igualdad, en el apartado 9. “De Obligaciones, Justificaciones y Vigencia” y Anexos 4 y 5, así como el Convenio que se suscribe entre la Diputación y el respectivo Ayuntamiento.

1. **SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS**
   1. INFORMACIÓN PREVIA
   2. PROGRAMAS
   3. RECURSOS HUMANOS
   4. EVALUACIÓN
2. **IGUALDAD MUNICIPAL**
   1. INFORMACION PREVIA
   2. ACTIVIDADES
   3. RECURSOS HUMANOS
   4. EVALUACIÓN

ANEXO I. MEMORIA DE PROYECTO

MEMORIA ANUAL DE LOS PAF MUNICIPALES

# **A.** **SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS**

**1. INFORMACIÓN PREVIA**

**Anualidad**

**Municipio**

**Nº de UTS**

**Ubicación de los SS.SS.CC.**  Dependencias Independientes

Dependencias compartidas (Especificar con qué servicios)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección |  | | |
| E-mail |  | | |
| Tfno. |  | Fax |  |

**Dirección/Coordinación**

Nombre

Titulación

**Cita previa para Atención al Público**: SI NO

**Nº de Días de Atención al Público SIVO**: (Especificar horario)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Respecto al SAD Concertado:**

Existe Ordenanza Fiscal: SI NO ­­­­

Existe Ordenanza Reguladora: SÍ ­­­­ NO

Se presta servicio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fines de semana | SI |  | NO |  |
| Festivos | SI |  | NO |  |
| Tardes | SI |  | NO |  |

**Respecto al SAD Dependencia**:

Se presta servicio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fines de semana | SI |  | NO |  |
| Festivos | SI |  | NO |  |
| Tardes | SI |  | NO |  |

**2. PROGRAMAS**

Cumplimentar formato Anexo I o formato específico del Proyecto. Solo se cumplimentarán en el caso de que estas intervenciones no se han registrado en SIUSS.

Programas incluidos en las prestaciones:

* + 1. Integración Social
    2. Convivencia familiar normalizada
    3. Autonomía Personal
    4. Participación en la vida comunitaria

**2.1. OTRAS ACTIVIDADES**

* Actividades específicas del Centro no adscritas a ningún Servicio.

- Selección Personal

- Formación

- Otras: Colaboraciones, trabajos en grupo…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominación Actividad** | **Profesional** | **% Dedicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Actividades no específicas del Centro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominación Actividad** | **Profesional** | **% Dedicación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. RECURSOS HUMANOS**

Cumplimentar Anexos 4.1.2, 4.1.3. y/o 4.1.4. del Plan Provincial de Cohesión Social e Igualdad disponibles en el siguiente enlace:

<https://www.dipusevilla.es/temas/asuntos-sociales-e-igualdad/plan-de-cohesion-social-e-igualdad/>

**4. EVALUACIÓN**

Breve interpretación y análisis de los datos generales, valoración de los resultados obtenidos en relación con los objetivos generales del servicio, funcionamiento general del Centro, dificultades encontradas y propuestas de mejora.

**Fecha y Firma**

# **B.** **IGUALDAD MUNICIPAL**

**1.-INFORMACIÓN PREVIA**

Anualidad:

Municipio:

**UBICACIÓN DEL PUNTO DE IGUALDAD MUNICIPAL**

Dependencias independientes

Dependencias compartidas

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |
| Email |  |
| Tfno. |  |

**AGENTE DE IGUALDAD**

Nombre:

Titulación:

Correo electrónico

Teléfono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L | M | X | J | V |

Horario: Semanal (cruza lo que proceda)

Total nº horas: \_\_\_ de \_\_\_\_\_:\_\_\_\_ a \_\_\_\_:\_\_\_\_

**ASESOR/A JURÍDICO/A**

Nombre:

Titulación:

Correo electrónico

Teléfono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L | M | X | J | V |

Horario: Semanal (cruza lo que proceda)

Total nº horas: \_\_\_ de \_\_\_\_\_:\_\_\_\_ a \_\_\_\_:\_\_\_\_

Cita previa al público: Si No

Nº de días atención al Público: Especificar horario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.-ACTIVIDADES** (nombrar sólo, se explica en el anexo )

**3.-RECURSOS HUMANOS**

**4.-EVALUACIÓN** (global)

**Anexo. MEMORIA ANUAL DEL PUNTO DE IGUALDAD MUNICIPAL**

**A) PROGRAMA ANUAL DEL SERVICIO DE IGUALDAD** (Descripción de las acciones realizadas en el municipio)

|  |
| --- |
| AGENTE DE IGUALDAD |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TEMPORALIZACIÓN | FECHA INICIO: | FECHA FIN: |

|  |
| --- |
| **INTRODUCCIÓN** |
| **OBJETIVOS** |
| **METODOLOGIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCIÓN/ACTIVIDAD** (denominación) | | | | | |
| Fecha: | | | | | |
| Breve descripción de la actividad: | | | | | |
| Dentro de medidas Promoción de la Igualdad entre mujeres y hombres  Dentro de medidas contra la violencia de hacia las mujeres | | | | | |
| Nº de personas beneficiarias por género-edad: | | | | | |
| Grado de cumplimiento de la actividad (%): | | | | | |
| Colaboración con otras entidades o instituciones públicas o privadas (CEIP,IES, AAMM, Centro de salud) : | | | | | |
| Colaboración con otras áreas municipales: | | | | | |
| Recursos financieros | Propios | Cohesión Social e Igualdad | Junta de Andalucía | Pacto de Estado | otros |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCIÓN/ACTIVIDAD** (denominación) | | | | | |
| Fecha: | | | | | |
| Breve descripción de la actividad: | | | | | |
| Dentro de medidas Promoción de la Igualdad entre mujeres y hombres  Dentro de medidas contra la violencia de hacia las mujeres | | | | | |
| Nº de personas beneficiarias por género-edad: | | | | | |
| Grado de cumplimiento de la actividad (%): | | | | | |
| Colaboración con otras entidades o instituciones públicas o privadas (CEIP,IES, AAMM, Centro de salud) : | | | | | |
| Colaboración con otras áreas municipales: | | | | | |
| Recursos financieros | Propios | Cohesión Social e Igualdad | Junta de Andalucía | Pacto de Estado | otros |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACCIÓN/ACTIVIDAD** (denominación) | | | | | |
| Fecha: | | | | | |
| Breve descripción de la actividad: | | | | | |
| Dentro de medidas Promoción de la Igualdad entre mujeres y hombres  Dentro de medidas contra la violencia de hacia las mujeres | | | | | |
| Nº de personas beneficiarias por género-edad: | | | | | |
| Grado de cumplimiento de la actividad (%): | | | | | |
| Colaboración con otras entidades o instituciones públicas o privadas (CEIP,IES, AAMM, Centro de salud) : | | | | | |
| Colaboración con otras áreas municipales: | | | | | |
| Recursos financieros | Propios | Cohesión Social e Igualdad | Junta de Andalucía | Pacto de Estado | otros |
|  |  |  |  |  |  |

**5.-OTRAS COORDINACIONES/COLABORACIONES (si procede):**

NUMERO DE REUNIONES:

PERSONAL IMPLICADO:

**6.-PROPUESTAS DE MEJORA AGENTE DE IGUALDAD**

**B) MEMORIA ANUAL DE SERVICIO DE ASESORÍA JURIDICA**

|  |
| --- |
| ASESOR-A JURÍDICO-A: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | NACIONALIDAD | |
| Sexos | Totales | Hasta 18 | 18-40 | 41-64 | 65-70 | > 70 | Española | Extrajera |
| MUJER |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VARÓN |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1.-PERFIL DE PERSONAS USUARIAS** |

**2.-DEMANDAS PLANTEADAS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.-DERECHO PENAL |  |
| 1.1 Violencia de género |  |
| 1.2 Maltrato / abuso/negligencia menor |  |
| 1.3 Lesiones |  |
| 1.4 Amenazas/coacciones |  |
| 1.5 Abandono de familia |  |
| 1.6 Robo |  |
| 2. DERECHO DE FAMILIA |  |
| 2.1 Divorcio/separaciones |  |
| 2.2 Regulación custodia /alimentos menor |  |
| 2.3 Ejecución de Sentencias |  |
| 2.4 Modificación de Medidas |  |
| 2.5 Liquidación Sociedad de Gananciales |  |
| 2.6 Reconocimiento Paternidad |  |
| 2.7 Adopción |  |
| 3. DERECHO CIVIL |  |
| 3.1 Reclamación de cantidad |  |
| 3.2 Derechos sucesorios |  |
| 3.3 Clausula suelo ( derecho hipotecario) |  |
| 4. DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL |  |
| 4.1 Despido |  |
| 4.2 Reclamación salarial |  |
| 5. DERECHO ADMINISTRATIVO |  |
| 5.1 Recursos administrativos |  |
|  |  |
| TOTAL DE DEMANDAS ATENDIDAS |  |

**3.-INTERVENCIONES REALIZADAS**

|  |  |
| --- | --- |
| ENTREVISTAS DE ACOGIDA |  |
| ESTREVISTAS DE SEGUIMIENTO |  |
| ASESORAMIENTO JURÍDICO |  |
| INFORMACIÓN DE DENUNCIAS |  |
| ACOMPAÑAMIENTO A INTERPONER DENUNCIAS |  |
| SOLICITUD DE MEDIDAS DE PROTECCION |  |
| GESTION DEL ALTA EN TERMINAL ATENPRO VIOLENCIA GENERO CRUZ ROJA |  |
| CONFIRMACION DE PERMANENCIA EN TERMINAL ATENPRO VIOLENCIA DE GÉNERO |  |
| DERIVACION ATENCION PSICOLOGICA |  |
| INFORMACIÓN BENEFICIO DE JUSTICIA GRATUITA |  |
| GESTIONES CON COLEGIOS DE ABOGADOS |  |
| CONTACTOS CON LETRADOS/AS USUARIAS/OS |  |
| GESTIONES CON ORGANOS JUDICIALES |  |
| GESTIONES CON FISCALIA |  |
| REDACCION DE ESCRITOS JURÍDICOS/INFORMES |  |
| SOLICITUD ANTICIPO FONDO DE GARANTIA PENSIONES DE ALIMENTOS MINISTERIO |  |
| ORIENTACION EN MATERIA DE PRESTACIONES |  |
| GESTIONES CON OTROS ORGANISMOS |  |
| DERIVACION A OTRAS ENTIDADES U ORGANISMOS |  |
| INTERVENCION CONJUNTA CON SSC |  |
| TOTAL DE INTERVENCIONES |  |

**4.-COMISIÓN LOCALES DE SEGUIMIENTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:**

NUMERO DE REUNIONES:

PERSONAL IMPLICADO:

**5.-OTRAS COORDINACIONES/COLABORACIONES (si procede):**

NUMERO DE REUNIONES:

PERSONAL IMPLICADO:

**6.-PROPUESTAS DE MEJORA ASESORÍA JURIDICA**

# **ANEXO I.** **MEMORIA DE PROYECTO**

I. IDENTIFICACIÓN

Denominación del Servicio

Denominación del Programa

Denominación del Proyecto

|  |  |
| --- | --- |
| Puesto | % Dedicación |
|  |  |

Responsable técnico/a

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha inicio | Fecha fin |
|  |  |

Temporalización

Ámbito de actuación

II. BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO. Objetivos generales y metodología

|  |
| --- |
| (Se sugieren no más de 10 renglones en el apartado) |

III. ACTIVIDADES / EVALUACIÓN

Para Programas de Servicios Sociales Comunitarios, esta tabla será cumplimentada para aquellos programas/ proyectos que no sean SIVO/SAD, ya que estos aportan sus propias tablas de la Aplicación SIUSS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividades/ Evaluación** | | | |
| **Actividades** | **Propias** | **Participación otras Áreas municipales** | **En Colaboración con otras instituciones o entidades público/privadas** |
| Denominación  Nº Participantes (desagregados por sexo) |  |  |  |
| Denominación  Nº Participantes (desagregados por sexo) |  |  |  |

IV. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Puesto** | **% Dedicación** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

RECURSOS FINANCIEROS

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Coste** |
| Personal | € |
| Actividades | € |
| Gastos Generales | € |
| Total | € |

V. EVALUACIÓN

|  |
| --- |
| (Se sugieren no más de 10 renglones en el apartado) |

PERSONAS QUE ELABORAN LA MEMORIA

FECHA Y FIRMA

**MEMORIA ANUAL DE LOS PAF MUNICIPALES**

**1. Datos generales**[[1]](#footnote-2)**:**

Municipio:

Fecha:

**2. DATOS DE LOS CASOS:**

2.1. Fuentes de derivación (nº de casos que se derivan desde):

|  |  |
| --- | --- |
| Familia nuclear |  |
| Familia extensa |  |
| Centros educativos |  |
| Centros de salud |  |
| Centros de salud mental |  |
| Centro Hospitalario |  |
| Vecinos/as |  |
| Cuerpos y Fuerzas de seguridad |  |
| Otros programas comunitarios |  |
| Otros municipios |  |
| SPM |  |
| Fiscalía de menores |  |
| Juzgado |  |
| Otros |  |

2.2. Nº de casos atendidos:

2.3. Nº de casos nuevos:

2.4. Nº de casos de carácter crónico[[2]](#footnote-3):

2.5. Nº de familias que han causado baja:

2.6. Causas de baja:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº Casos Baja** | **MOTIVO** | | |
|  | Derivación a : | -ETF |  |
| -SPM |  |
| -Fiscalía |  |
| Otros programas de SSCC |  |
|  | La familia traslada su residencia fuera del municipio | |  |
|  | La familia abandona el programa por decisión propia | |  |
|  | Todos los hijos/as de la familia han alcanzado los 18 años de edad | |  |
|  | Desaparición/disminución del riesgo | |  |
|  | Cumplimiento del plazo de tratamiento | |  |
|  | No colabora con el programa | |  |
|  | Otras: | |  |
| **TOTAL** | | |  |

2.7. Antigüedad del caso en el Programa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº DE CASOS** | **TIEMPO** |  |
|  | Menos de un año |  |
|  | Entre 1 y 3 años |  |
|  | Entre 3 y 5 años |  |
|  | Más de 5 años |  |

2.8. Número de casos según nivel de gravedad[[3]](#footnote-4):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LEVE** | **MODERADO** | **GRAVE** |
|  |  |  |

2.9. Número de casos según tipología de maltrato predominante

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGÍA** | **Nº DE CASOS** |
| Maltrato físico |  |
| Maltrato Psicológico/Emocional |  |
| Negligencia hacia las necesidades físicas |  |
| Negligencia hacia las necesidades de seguridad |  |
| Negligencia hacia las necesidades escolares |  |
| Negligencia hacia las necesidades psíquicas (Abandono psicológico/emocional) |  |
| Abandono |  |
| Violencia/Abuso sexual |  |
| Incapacidad parental de control de la conducta del menor |  |
| Síndrome de Munchaüsen por poderes |  |
| Maltrato prenatal |  |
| Corrupción |  |
| Mendicidad |  |
| Explotación laboral |  |
| Maltrato institucional |  |
| Otros |  |
| **TOTAL** |  |

**3. DATOS DE LOS MENORES:**

3.1. Sexo de los menores atendidos:

|  |  |
| --- | --- |
| **SEXO** | **TOTAL** |
| NIÑOS |  |
| NIÑAS |  |

* 1. Edad de los menores atendidos:

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD** | **Nº** |
| <3 años |  |
| De 3 a 6 años |  |
| De 7 a 12 años |  |
| De 13 a 15 años |  |
| De 16 a 18 años |  |
| **TOTAL** |  |

3.3. Número de menores escolarizados que asisten con regularidad al centro educativo:

3.4. Número de menores absentistas:

3.5. Número de menores con discapacidad (física, psíquica o sensorial) reconocida legalmente

**4. DATOS DE LA FAMILIA:**

4.1. Tipos de familias:

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPOSICIÓN FAMILIAR** | **Nº** |
| Familias biparentales |  |
| Familias monoparentales |  |
| Familias reconstituidas |  |
| Familias extensas (con acogimiento familiar legalizado) |  |
| Familias extensas (acogimientos de hecho, sin legalizar) |  |
| Otras (especificar: por ej., familias adoptivas, familias acogedoras,...) |  |

4.2. Edades de los padres:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EDAD** | **Nº PADRES** | **Nº MADRES** |
| <18 años |  |  |
| De 18 a 25 años |  |  |
| De 26 a 40 años |  |  |
| >40 años |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

4.3. Número de padres, madres, tutores o guardadores legales con algún trastorno

o enfermedad mental diagnosticada:

**5. DATOS DE LA INTERVENCIÓN:**

5.1. Profesionales que intervienen en el PAF:

|  |  |
| --- | --- |
| **Profesionales**[[4]](#footnote-5) | **Nº de horas semanales de dedicación al programa** |
| Trabajador/a Social |  |
| Psicólogo/a |  |
| Educador/a |  |

5.2. Nº de ayudas solicitadas y concedidas en el PAF:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Solicitadas** | **Concedidas** | **Cuantía** |
| Ayudas económicas familiares |  |  |  |
| Ayudas de emergencia social |  |  |  |
| Cáritas |  |  |  |
| Cruz Roja |  |  |  |
| Renta Mínima de Inserción Social (REMISA) |  |  |  |
| Ingreso Mínimo Vital (IMV) |  |  |  |
| Programa para la Prevención de la Exclusión Social (PES) |  |  |  |
| Ayudas por hijo/a a cargo |  |  |  |
| Fondo de Acción Social de Aljarafesa |  |  |  |
| Fondo de Ayudas Sociales de Mancomunidad del Guadalquivir |  |  |  |
| Otras |  |  |  |

5.3. Nº de informes emitidos, entidad y motivo por el que se le dirigió:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **Entidad** | **Motivos** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

5.4. Nº de actividades formativas a las que ha asistido en este período:

|  |  |
| --- | --- |
| **Profesionales** | **Actividades** |
| Educador/a |  |
| Trabajador/a Social |  |
| Psicólogo/a |  |

5.5. Nº de familias evaluadas con instrumentos estandarizados:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº** | **Instrumentos utilizados (enumerar)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

5.6. Nº de familias que tienen redactado un Plan de Intervención:

5.7. En opinión del equipo ¿Qué porcentaje de colaboración tienen otras redes de atención primaria con el PAF?

|  |  |
| --- | --- |
| **Organismos /entidades** | **%** |
| Educación |  |
| Salud |  |
| Justicia |  |
| Cuerpos y Fuerzas de Seguridad |  |
| Asociaciones |  |
| Ciudadanía |  |
| Otros |  |

5.8. Señale las tres principales dificultades que tiene para llevar a cabo el programa de intervención familiar:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Falta de tiempo por exceso de tareas burocráticas y dedicación a otros programas |  |
| 2. Dotación de profesionales insuficiente |  |
| 3. Carencia de protocolos de actuación unificados, con delimitación de funciones de cada profesional |  |
| 4. Carencia de instrumentos de evaluación estandarizados |  |
| 5. Ausencia de intercambio de experiencias profesionales |  |
| 6. Necesidad de una formación de calidad específica, práctica, accesible |  |
| 7. Inexistencia de supervisisión de casos externa |  |
| 8. Necesidad de revisión y adaptación del SIUSS |  |
| 9. Insuficiente colaboración familiar |  |
| 10. Dificultades de coordinación con otras entidades y organismos relacionados con la infancia: SPM,ETF, Juzgados, Fiscalía, etc. |  |
| 11. Falta de recursos materiales, económicos, de infraestructura, espacios, etc. |  |
| 12. Otras (especificar) | |

**6. Propuestas:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Valoración global de la realización del programa**

|  |
| --- |
|  |

Lugar, fecha y firma de los tres profesionales (identificados)

1. Consigne los datos correspondientes al periodo de tiempo que cubre esta Memoria [↑](#footnote-ref-2)
2. Casos de familias con larga trayectoria de atención en Servicios Sociales, que muestran una fuerte dependencia de éstos y cuya evolución no es favorable. [↑](#footnote-ref-3)
3. El nivel de gravedad se define como una situación en la que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, y que no requieren su separación del medio familiar. (Artº 22.1, Ley 1/1988, de 20 de abril de los Derechos y la Atención al Menor.) [↑](#footnote-ref-4)
4. Indicar si falta alguno de estos profesionales [↑](#footnote-ref-5)