



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

ANEXO III
MEMORIA EXPLICATIVA DEL PROGRAMA

1. Nombre de la entidad.

C.I.F.	

2. Denominación del programa.

MANTENIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD
--

3. Colectivo de atención.

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES

4. Descripción y fines del programa.

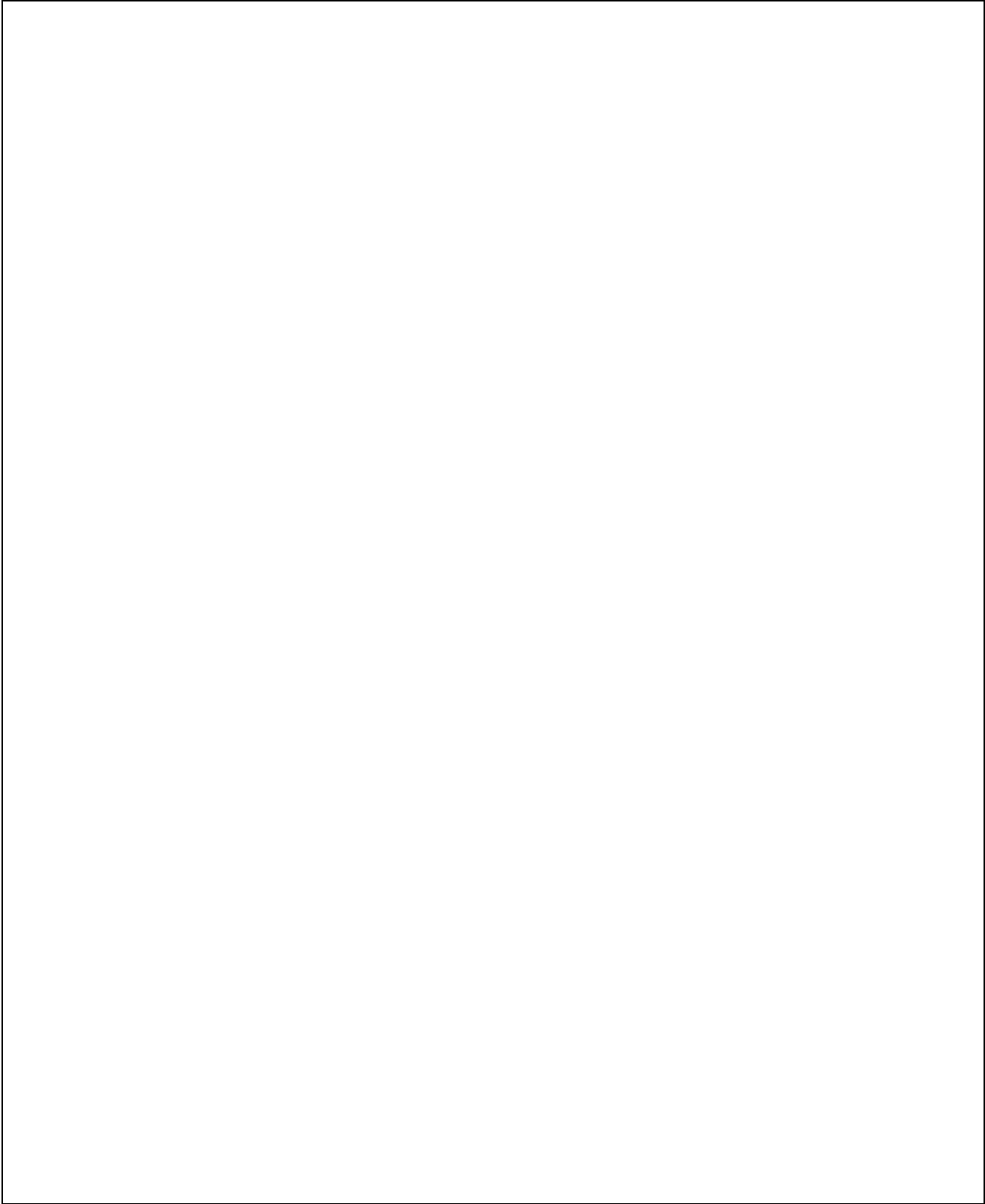
<p>4.1. Justificación de la necesidad social detectada y de la cobertura pública o privada que existe para atender la necesidad descrita:</p>
--



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES





MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

4.2. Descripción del contenido del programa:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

4.3. Objetivos que se pretenden alcanzar con el programa:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

4.4. Actividades que incluye el programa y calendario previsto.

Actividades	Nº Beneficiarios/as	Fecha inicio prevista	Fecha término prevista

5. Localización territorial del programa. Detalle del importe solicitado en cada localización territorial.

Comunidad Autónoma	Provincia	Localidad	Entidad que realiza el programa		Beneficiarios/beneficiarias	Duración en meses	Cuantía Solicitada al Instituto de la Mujer	Coste Total
			C.I.F.	Nombre				
Totales:								

6. Presupuesto total estimado para el programa, desglosado por origen de financiación y por conceptos de gasto.

CONCEPTOS				
6.1. GASTOS CORRIENTES	Cuantía Solicitada al IMIO	Otras Subvenciones	Financiación Propia	Coste Total
Personal:				
Mantenimiento y actividades:				
Dietas y gastos de viaje:				
TOTAL GASTOS CORRIENTES				
6.2. GASTOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN				
TOTAL:				

7. Gestión del programa.

7.1. Medios personales: (Ya incluidos en el epígrafe 4 del Anexo II)

7.2. Medios técnicos:



7.3. En el caso de tener prevista la subcontratación de alguna de las actividades que constituyen el contenido principal del programa, indíquelo, así como la causa que la motiva y el coste previsto:

7.4. Subvenciones anteriores: Indique si este programa ha sido subvencionado por el Instituto de la Mujer en el año anterior:

	Cuantía de la subvención	Órgano concedente	Fecha finalización del programa
CONVOCATORIA APOYO AL MOV. ASOC. Y FUNDACIONAL DE ÁMBITO ESTATAL.		IMIO	

	Cuantía de la subvención	Órgano concedente	Fecha finalización del programa
OTRAS CONVOCATORIAS			

TOTAL:

7.5. Indique si este programa ha sido subvencionado en años anteriores por otras ayudas de la Administración Central o de otras Administraciones Públicas y, en su caso, cuantía de la subvención:

Año	Órgano concedente	Cuantía



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

7.6. Si la entidad ha gestionado programas similares al solicitado y no han sido subvencionados por el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, por otros Ministerios u otras Administraciones Públicas, especifíquelos e indique desde qué año viene realizándolos.

8. Ayudas y colaboraciones para la ejecución del programa.

8.1. Acuerdos de colaboración suscritos o que prevea suscribir con otras Administraciones Públicas para la ejecución del programa (se adjuntará documentación acreditativa).

8.2. Otras ayudas y colaboraciones previstas.

9. Para ejercicios sucesivos, indique los gastos previstos para el mantenimiento del programa y su financiación.

Don/Dña, representante legal de la entidad solicitante, certifica la veracidad de todos los datos obrantes en el presente Anexo.
..... a dede 2017

Firmado Electronicamente.