

Fecha:

DATOS ENTIDAD SOLICITANTE

Nombre:

NIF:

Fecha de constitución:

Num.Registro

Nombre Registro:

Dirección

Es beneficiaria del mecenazgo (art 16 Ley 49/2002):

si

no

E-mail:

Tel:

Representante legal de la entidad (nombre y apellidos)

Responsable del proyecto (nombre y apellidos)

DATOS PROYECTO

Título del proyecto

Proyectos de actividades y servicios para jóvenes y niños hospitalizados.

Área de desarrollo del proyecto (marcar sólo uno)

Municipio

Comarca

Provincia

Justificación del proyecto

Objetivos generales y específicos

Indicadores de medida de impacto (cuantitativos y cualitativos y herramientas de medición utilizadas)

Metodología

Actividades (incluye descripción y cronograma)

Recursos Humanos y materiales

Beneficiarios/as directos e indirectos

Trabajo en red (con otras entidades y colectivos y con Entidades Públicas)

Continuidad, replicabilidad y escalabilidad

Viabilidad del proyecto en caso de no concederse esta ayuda o de no concederse por la totalidad solicitada

Presupuesto (desglosado por partidas y por gastos e ingresos (propios, otros financiadores (especificar) y Fund. Estabanell.

Otros aspectos a destacar: