

Data:

DADES ENTITAT SOL·LICITANT

Nom:

NIF:

Data de constitució:

Num.Registre

Nom Registre:

Adreça

És beneficiària del mecenatge (art 16 Ley 49/2002):

si

no

E-mail:

Tel:

Representant legal de l'entitat (noms i cognoms)

Responsable del projecte (noms i cognoms)

DADES PROJECTE

Títol del projecte

Projecte/es d'acompanyament i/o intervenció amb joves i infants hospitalitzats.

Àrea de desenvolupament del projecte (marcar només un)

Municipi

Comarca

Província

Justificació del projecte

Objectius generals i específics

Indicadors de mesura d'impacte (quantitatius i qualitius i eines de medició utilitzades)

Metodología

Activitats (inclou descripció i cronograma)

Recursos Humans i materials

Beneficiaris/es directes i indirectes

Treball en xarxa (amb altres entitats i col·lectius i amb Entitats Públiques)

Continuïtat, replicabilitat i escalibilitat

Viabilitat del projecte en cas de no concedir-se aquesta ajuda o de no concedir-se per la totalitat sol·licitada

Pressupost (desglossat per partides i per despeses i ingressos (propis, d'altres finançadors (especificar) i Fund. Estabanell.

Altres aspectes a destacar: