

**PROCEDIMIENTO DE JUSTIFICACIÓN DE AYUDAS CONCEDIDAS  
PARA LA OCUPACIÓN DE PLAZAS EN COMUNIDADES  
TERAPÉUTICAS**

**2018**

**ENTIDADES PRIVADAS SIN ÁNIMO DE LUCRO E INICIATIVA SOCIAL**

**CONVOCATORIA 19/12/17 DE LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA**

**PROCEDIMIENTO DE JUSTIFICACIÓN DE AYUDAS CONCEDIDAS  
PARA LA OCUPACIÓN DE PLAZAS EN COMUNIDADES  
TERAPÉUTICAS  
2018**

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<p>Departamentos de Atención Psicosocial y Administración</p>  <p>Fecha: 14 de febrero de 2018</p>	<p>Responsables de los Departamentos de Atención Psicosocial y Administración</p>  <p>Fecha: 15 de febrero de 2018</p>	<p>Directora de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha</p>  <p>Fecha: 16 de febrero de 2018</p>

	<b>Pág.</b>
<b>ÍNDICE</b>	
<b>1. OBJETO</b>	<b>4</b>
<b>2. DESTINATARIOS</b>	<b>4</b>
<b>3. NORMATIVA APLICABLE A LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS DE LA AYUDA EN MATERIA DE JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA</b>	<b>5</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA</b>	<b>6</b>
<b>6. ANEXOS</b>	<b>7</b>
<b>ANEXO A. CERTIFICADO DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONCEPTO LIQUIDADO Y DÍAS CORRESPONDIENTES</b>	<b>8</b>
<b>ANEXO B. ÍNDICE DE MEMORIA FINAL 2018 E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>ANEXO B-1. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN PARA USUARIOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS</b>	<b>12</b>
<b>ANEXO B-2. PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO C. FICHA INDIVIDUALIZADA DE INCORPORACIÓN DEL USUARIO/A A LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA</b>	<b>19</b>
<b>ANEXO D. FICHA DE SALIDA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO E. CERTIFICADO FINAL</b>	<b>22</b>

## 1. OBJETO

El presente documento describe el **procedimiento de justificación económica y técnica de las ayudas concedidas** al amparo de la Convocatoria por la que se regula la concesión de ayudas para la ocupación de plazas en comunidades terapéuticas, gestionadas por entidades privadas sin ánimo de lucro existentes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, Resolución de 20/12/2017 [2017/15346] de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad.

El procedimiento descrito a continuación recoge las pautas establecidas en las bases correspondientes a tal fin en la citada convocatoria.

Con la elaboración de este documento, la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha:

- a) Regula las pautas para la correcta presentación de la documentación requerida para la **justificación económica** de los diferentes gastos producidos con motivo de la realización de las actividades realizadas objeto de la ayuda concedida para la ocupación de plazas en comunidades terapéuticas.
- b) Proporciona, a las entidades beneficiarias de las ayudas, los formatos normalizados vigentes de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la presentación de la citada documentación.
- c) Facilita la tarea de revisión de la documentación de la justificación y especifica aspectos que pudieran plantear dudas interpretativas respecto a lo establecido en las bases de la convocatoria de ayudas.
- d) Regula las pautas para la correcta presentación de la **justificación técnica** de las actividades realizadas objeto de la convocatoria.
- e) Determina las consecuencias de su no cumplimiento.

## 2. DESTINATARIOS

Entidades privadas sin ánimo de lucro beneficiarias de las ayudas de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la ocupación de plazas en Comunidades Terapéuticas.

### 3. NORMATIVA APLICABLE A LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS DE LA AYUDA EN MATERIA DE JUSTIFICACIÓN

Las entidades beneficiarias de las ayudas estarán sujetas a las obligaciones previstas en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, el Real Decreto 887/2006 de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003 y en el Decreto-Legislativo 1/2002, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha, modificado por Ley 9/2006 y en particular al cumplimiento de las obligaciones contempladas en la base Decimotercera “Obligaciones de la entidad beneficiaria de la ayuda y régimen de control interno del recurso” de la Convocatoria 19/12/2017 por la que se regula la concesión de ayudas para la ocupación de plazas en comunidades terapéuticas, gestionadas por entidades privadas sin ánimo de lucro existentes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Por último, en lo que a información y transparencia se refiere, las entidades beneficiarias están sujetas a lo dispuesto en la Ley 4/2016, de 15 de diciembre, de Transparencia y Buen Gobierno de Castilla-La Mancha.

### 4. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA

#### 4.1. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Mensualmente, para proceder al pago y antes del día 3 de cada mes, se presentará la siguiente documentación:

- a) **Factura de los servicios prestados.** La entidad perceptora de la ayuda emitirá una factura por el coste de las plazas ocupadas que la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha tiene contempladas en el convenio de colaboración suscrito entre ambas entidades. Esta factura se enviará a mes vencido, antes del día 3 de cada mes.
- b) **Certificación** emitida por el representante legal de la entidad, en la que se expresa el concepto por el que se les ha liquidado y los días que corresponden, conforme al **(Anexo A)**.
- c) **Copia de los Modelos Recibo de Liquidación de Cotizaciones (TC1) y Relación Nominal de Trabajadores (TC2)**, que acrediten el pago de cotización a la seguridad social de los trabajadores, así como las facturas de los servicios profesionales prestados y **Certificado nominal de los trabajadores** que están en el recurso indicando su categoría profesional y jornada laboral.

Anualmente y antes del 31 de enero de 2019, se presentará “Certificación final” **(Anexo E)**, firmado por el representante legal de la entidad, donde se acredita la justificación total de la ayuda concedida.

#### 4.2. LUGAR DE PRESENTACIÓN

La documentación referente a la justificación o cualquier otro documento relacionado con la Convocatoria de ayudas, deberá ser presentada conforme a los modelos oficiales facilitados por la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, debidamente cumplimentados y firmados por la persona que tenga la representación de la Entidad a la atención de la Dirección de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha en los Servicios Centrales de la misma (C/ Huérfanos Cristinos, nº 5 - 3º 45003 Toledo).

#### 4.3. PLAZOS DE PRESENTACIÓN

- La documentación justificativa se presentará mensualmente dentro de los primeros TRES días naturales del mes siguiente al de justificación del gasto.
- Podrán aportarse justificantes correspondientes a gastos producidos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2018.
- No se aceptarán rectificaciones sobre aquellas justificaciones mensuales ya verificadas y cerradas por la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.

#### 4.4. PAGOS A REALIZAR POR LA FUNDACIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA

Recibida la conformidad de la citada documentación, se abonará por parte de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, la cantidad que corresponda mediante transferencia bancaria en la cuenta corriente facilitada por la entidad beneficiaria de la ayuda.

El incumplimiento de la obligación de presentar la Justificación, podrá dar lugar al inicio de las actuaciones que, en su caso, podrán conducir a la solicitud de reintegro total o parcial de las ayudas concedidas.

### 5. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

La **Justificación Técnica** comprende la documentación que evidencia el funcionamiento, actividades y programas desarrollados, procesos de atención y resultados alcanzados por la entidad perceptora de la ayuda para la ocupación de plazas en comunidades terapéuticas.

Los programas desarrollados por la entidad deberán adecuarse al objeto de la convocatoria y a las indicaciones técnicas determinadas por la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, así como a las cuantías máximas determinadas en la concesión de la ayuda.

#### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, FORMA DE PRESENTACION Y PLAZOS:

Con objeto de evaluar y monitorizar la prestación de servicios por parte de la entidad, ésta deberá remitir la siguiente documentación:

**A la dirección de correo electrónico de: [gestiondeplazas@fsclm.com](mailto:gestiondeplazas@fsclm.com)**

- **Ficha individualizada de incorporación del usuario/a al recurso.** La incorporación de un nuevo usuario se comunicará en un plazo máximo de cinco días desde la fecha de incorporación al recurso, según el **(Anexo C)**.
- **Ficha individualizada de salida del recurso.** En el caso de que se produzca una salida (conforme a las pautas previamente establecidas en el proceso de salida de dispositivos residenciales), ésta será comunicada en el mismo día en que se produzca a la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Asimismo, la entidad enviará la **ficha individualizada de salida** del recurso según el **(Anexo D)**.

**A la dirección de correo electrónico, [datosatención@fsclm.com](mailto:datosatención@fsclm.com)**

- Mensualmente, **antes del día 3 de cada mes**, los **Indicadores de la actividad desarrollada**, La Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha enviará documento de Excel conforme a los modelos establecidos para tal fin.
- Trimestralmente, se enviarán los **datos socio-demográficos y de perfil**, conforme al modelo de Excel facilitado por la Fundación.
- Con carácter anual, y **hasta el 31 de enero de 2019**, enviarán una **Memoria final descriptiva**, de carácter técnico de cada una de las actividades realizadas en el ejercicio de que se trate hasta el momento de la justificación y de los resultados obtenidos, conforme a las pautas establecidas desde la Fundación, según el **(Anexo B)**. La memoria incluirá los **Datos de satisfacción (Anexo B.1)** y **Percepción de tratamiento (Anexo B.2)**

La memoria deberá presentarse en los plazos establecidos, firmada y sellada por el representante legal de la entidad. Podrá remitirse en formato digitalizado.

- Con carácter anual, y **hasta el 31 de Diciembre de 2018**, se enviará en soporte electrónico, **documento de Excel**, que contemplará información de datos anuales. Este documento será facilitado por la Fundación.

Esta evaluación podrá ser completada mediante los sistemas periódicos o continuados que se establezcan desde la Fundación.

La Fundación podrá establecer cambios o modificaciones en los modelos de justificación que serán debidamente informados a las entidades beneficiarias.

## 6. ANEXOS

- **Anexo A.** Certificado del representante legal del concepto liquidado y días correspondientes.
- **Anexo B.** Índice Memoria Final 2018 e instrumentos de valoración de la satisfacción.
  - **Anexo B.1.-** Satisfacción
  - **Anexo B.2.-** Percepción del tratamiento
- **Anexo C.** Ficha individualizada de incorporación
- **Anexo D.** Ficha individualizada de salida
- **Anexo E.** Certificación final



**ANEXO A. Certificado del representante legal del concepto liquidado y días correspondientes**

D<sup>a</sup>..... con DNI nº ..... como representante legal de XXX (CIF nº XXX )

**CERTIFICA QUE:**

Los siguientes residentes que se relacionan han ocupado plaza en la comunidad terapéutica .....durante el mes de ..... y que son ciertos los datos que a continuación se exponen:

Nº	USUARIO	FECHA INCORPORACIÓN	FECHA SALIDA	MOTIVO SALIDA	DIAS OCUPACIÓN MENSUAL	PRECIO PLAZA TOTAL
1						- €
2						- €
3						- €
4						- €
5						- €
6						- €
7						- €
8						- €
9						- €
10						- €
11						- €
12						- €
13						- €
14						- €
15						- €
16						- €

En ....., a .... de ..... de 2018

Fdo.: El representante legal

## ANEXO B. Índice Memoria Final 2018 e instrumentos de valoración de la satisfacción.

### ESQUEMA PARA LA REALIZACIÓN DE LA MEMORIA DESCRIPTIVA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS 2018

#### RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA MEMORIA:

- El objetivo de la Memoria de cada dispositivo es disponer de un documento breve, sintético pero con la información suficiente que de cuenta de la actividad que se desarrolla habitualmente en el mismo y en el año. Por esta razón, es recomendable que la memoria no exceda de 40 páginas (aproximadamente).
- Los apartados y contenidos mínimos sugeridos son los siguientes:

#### APARTADO I. DESCRIPCIÓN BREVE DEL DISPOSITIVO

##### 1. Características generales:

- Ubicación física, descripción física del dispositivo, capacidad.
- Breve descripción de la entidad (filosofía de la intervención)

##### 2. Organización y funcionamiento.

- Organización diaria (horario)
- Programas y actividades: Breve descripción de los Programas diseñados y de las actividades que se enmarcan dentro de cada Programa.

##### 3. Perfil general de la población a atender.

Criterios de acceso: los marcados en las bases de la Convocatoria de concesión de ayudas más aquellas específicas de cada Comunidad; ej: admite metadona, tabaco, desintoxicación etc.

#### APARTADO II. ATENCIÓN EN 2018: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

Basados en los indicadores mensuales, e incluyendo el tiempo medio de estancia en días.

##### 1. Datos Socio-demográficos y perfil de los usuarios

Se presentarán en tablas y gráficos, con interpretaciones sobre las mismas, según los datos trimestrales.

##### 2. Atención e intervención

- Servicios básicos y generales.
- Intervención terapéutica.

Evaluación y plan individual de intervención: descripción de estas fases, instrumentos utilizados en la evaluación psicosocial, modo en el que se diseña un plan individualizado de intervención

- Fases de la intervención: descripción del modelo por fases de intervención.
- Metodología de la intervención:
  - Atención individual. Descripción de las intervenciones individuales dentro de la metodología utilizada (tipos y frecuencia establecida)
  - Atención grupal: Descripción de los Programas que se desarrollan en la Comunidad y número de usuarios que han sido atendidos en los mismos. Tener en cuenta los programas que como mínimo han de estar diseñados y en funcionamiento son:
    - Programa de educación para la salud
    - Programa de intervención familiar
    - Programa de prevención de recaídas
    - Programa de habilidades sociales
    - Programa de manejo del estrés y autocontrol: autoestima, afrontamiento del estrés, relajación
    - Programa de actividades de ocio y tiempo libre
    - Programas específicos
    - Programas de participación social
    - Programas de formación

### **APARTADO III. RESULTADOS**

#### **1. Mejora del funcionamiento psicosocial.**

Se realizará una valoración sobre las salidas del dispositivo, desagregado por motivos: Altas por cumplimiento de objetivos, bajas en todas sus modalidades.

#### **2. Cuestionarios globales de evaluación:**

**Con carácter anual en el mes de octubre se pasarán estos dos cuestionarios a todas las personas que se encuentren en la comunidad con más de un mes de antigüedad.**

- a) Satisfacción
- b) Percepción de tratamiento

#### **APARTADO IV. COORDINACIÓN**

Se recogerán y valorarán el número y los sistemas de coordinación mantenidos con Unidades de Conductas adictivas y aquellos datos que cada centro considere relevantes.

#### **APARTADO V. RECURSOS HUMANOS, ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y DOCENCIA**

**1. Recursos Humanos.**

Perfiles profesionales, número y jornada laboral de cada uno.

**2. Actividades de formación y docencia.**

Formación recibida por el equipo, formación impartida, participación en grupos de trabajo, publicaciones y difusión de la actividad en congresos científicos, profesionales, etc.

#### **APARTADO VI. VALORACION GLOBAL DEL FUNCIONAMIENTO**

Valoración global del funcionamiento, análisis de objetivos del año y propuesta de objetivos para el año siguiente, así como líneas de trabajo y acciones previstas para la consecución de los objetivos planteados.

#### **ANEXOS**

En este apartado se reflejarán actuaciones concretas que la Comunidad considere de interés: actividades, diseño de nuevos programas, docencias, participación en congresos, etc.

**ANEXO B.1.- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN PARA USUARIOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

Este cuestionario tiene como objetivo recoger tus opiniones sobre algunos aspectos de la Comunidad Terapéutica en la que resides actualmente

Todas tus opiniones son **confidenciales**, es decir, nadie puede saber lo que has dicho. Es muy importante que respondas con **sinceridad** y que pidas aclaraciones a los profesionales del centro si alguna pregunta no está clara o no la entiendes. No hay opiniones ni buenas ni malas, lo que interesa es que sean sinceras y expresadas libremente.

**Tu colaboración resulta especialmente valiosa**

**INSTRUCCIONES:** Rodea con un círculo el número de la respuesta que consideres más adecuada. Si no sabes la respuesta o ninguna de las que existe expresa tu opinión, rodea con un círculo la respuesta "No sabe/No contesta" (NS/NC). Fíjate en estos ejemplos:

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	NS/NC
Calidad de las instalaciones del centro	5 →	4 →	3	2	1	9
Mantenimiento de las instalaciones	5	4	3	2 →	1	9
Nº de instalaciones y espacios disponibles	5	4	3	2	1	9 →

Toda la información que nos facilites está sujeta a las especificaciones de la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento que la desarrolla**, sus datos formarán parte de un fichero automatizado y en soporte papel titularidad de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha así como de otras entidades implicadas en el servicio prestado.

Los datos que te solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de forma totalmente anónima.

EDAD:

SEXO:  Hombre

Mujer

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo llevas en la Comunidad Terapéutica (CT) en la que estás actualmente?

	Meses
Tiempo meses	

P1. En general, y pensando en todos los aspectos, ¿cómo estás de satisfecho con la atención que recibes en la CT?	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe / No contesta
	5	4	3	2	1	9

Valora tu grado de satisfacción con los siguientes aspectos sobre los profesionales de la CT:

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe / No contesta
P2. <b>Trato</b> que te dan los profesionales	5	4	3	2	1	9
P3. Facilidad para <b>hablar con</b> los profesionales	5	4	3	2	1	9
P4. Facilidad que te dan los profesionales para participar en las <b>toma de decisiones</b> sobre tu tratamiento	5	4	3	2	1	9
P5. <b>Amabilidad y cercanía</b> de los profesionales	5	4	3	2	1	9
P6. <b>Respeto</b> de los profesionales a tu <b>opinión</b>	5	4	3	2	1	9
P7. Capacidad de los profesionales para transmitirte <b>optimismo y esperanza</b> en tu recuperación y para alcanzar tus objetivos personales y bienestar	5	4	3	2	1	9
P8. <b>Relación</b> que tienes con los profesionales	5	4	3	2	1	9

Pensando ahora en tu estancia en la CT, ¿Cómo estás de satisfecho con?:

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe / No contesta
P9. Los <b>horarios</b> de la CT	5	4	3	2	1	9
P10. Las <b>actividades</b> que realizas <b>dentro de la CT</b>	5	4	3	2	1	9
P11. Las <b>actividades</b> que realizas <b>fuera de la CT</b>	5	4	3	2	1	9
P12. El <b>apoyo individualizado</b> que recibes	5	4	3	2	1	9
P13. La participación en <b>tareas comunes</b>	5	4	3	2	1	9
P14. Las <b>asambleas</b>	5	4	3	2	1	9

Por favor, valora tu satisfacción con las instalaciones de la CT:

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe / No contesta
P15. <b>Calidad y mantenimiento</b> de las instalaciones de la CT	5	4	3	2	1	9
P16. <b>Nº de instalaciones</b> y espacios disponibles	5	4	3	2	1	9
P17. <b>Limpieza</b> e higiene de la CT	5	4	3	2	1	9
P18. <b>Temperatura</b> habitual de la CT	5	4	3	2	1	9
P19. <b>Dieta, alimentación</b> que tienes en la CT	5	4	3	2	1	9
P20. <b>Ubicación</b> de la CT y entorno exterior	5	4	3	2	1	9

A continuación, indica el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases sobre la información que recibes y tu participación en la CT:

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe / No contesta
P21. Se me ha facilitado la <b>información</b> adecuada y comprensible sobre los programas y recursos a los que puedo acceder.	5	4	3	2	1	9
P22. Se me facilita participar y decidir en el diseño de <b>mi proceso de intervención</b> (definir objetivos, programas, etc.)	5	4	3	2	1	9
P23. Sé que puedo <b>plantear dudas, sugerencias y quejas</b> .	5	4	3	2	1	9
P24. Todo lo relativo a mis <b>datos</b> es tratado de forma <b>confidencial</b> .	5	4	3	2	1	9

En relación a los programas y actividades de la CT, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo:

	Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sabe / No contesta
P25. Me ayudan verdaderamente en mi <b>recuperación</b> (alcanzar mis objetivos y bienestar personal)	5	4	3	2	1	9
P26. Mejoran la <b>imagen</b> que se tiene <b>de mí</b> en mi entorno (familia, amigos, pueblo, barrio, etc.)	5	4	3	2	1	9
P27. Me permiten ser más <b>autónomo</b>	5	4	3	2	1	9
P28. Me ayudan a <b>relacionarme</b> con los demás	5	4	3	2	1	9
P29. Me hacen <b>sentirme mejor</b> conmigo mismo	5	4	3	2	1	9
P30. Me ayudan a sentirme más <b>útil</b>	5	4	3	2	1	9



**Para finalizar...**

P31. En general, y teniendo en cuenta todos los aspectos anteriores, dirías que **después de entrar en la CT estás...**

Mucho mejor que antes	Mejor que antes	Más o menos igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	Ns/Nc
5	4	3	2	1	9

P32. ¿Alguna vez has pensado en **abandonar** la CT?

Sí	No	Ns/Nc
1	2	9

P33. Sólo si has pensado alguna vez abandonar, ¿por qué has pensado abandonar la CT?

P34. ¿**Recomendarías a otra persona** (un familiar, amigo, etc.) estar en una CT si tuviera problemas parecidos a los tuyos?

Sí	No	Ns/Nc
1	2	9

P35. Para finalizar, ¿tienes alguna/s **sugerencia/s** sobre la CT que nos ayude a mejorar nuestro trabajo?

**YA HEMOS TERMINADO.**

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

## ANEXO B.2. Percepción del Tratamiento.

### Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CPT)

Por favor, lea estas instrucciones antes de completar el cuestionario. Si Ud. Tiene alguna dificultad, por favor, pídale ayuda a un miembro del equipo de investigación o tratamiento.

Estamos muy interesados en escuchar sus puntos de vista sobre su tratamiento en este programa. Por favor, tras cada una de las afirmaciones que siguen, marque con una señal (x) en el recuadro correspondiente, para mostrar si Ud. está “muy de acuerdo”; “de acuerdo”; “en desacuerdo”; “muy en desacuerdo” con la frase o está “inseguro” de su opinión.

Sus opiniones son confidenciales y solamente serán conocidas por nuestro personal de investigación.

Cuando Ud. haya completado el cuestionario, por favor, introdúzcalo en el sobre suministrado y cierre éste.

En la parte de atrás de esta hoja dispone Ud. de espacio en blanco para escribir cualquier comentario que pueda tener, sobre cómo piensa Ud. que ha ido su tratamiento y sobre cómo nosotros podríamos mejorar las cosas.

Durante mi contacto con este tratamiento:	Muy de acuerdo	Acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. El equipo no siempre ha comprendido la clase de ayuda que yo quiero.	0	1	2	3	4
2. He sido bien informado acerca de las decisiones tomadas sobre mi tratamiento.	4	3	2	1	0
3. El equipo y yo hemos tenido ideas diferentes acerca de cuáles deberían ser los objetivos de mi tratamiento.	0	1	2	3	4
4. Siempre ha habido un miembro del equipo disponible cuando yo he querido hablar.	4	3	2	1	0
5. El equipo me ha ayudado a motivarme para solucionar mis problemas.	4	3	2	1	0
6. No me han gustado todas las sesiones de tratamiento a las que he asistido.	0	1	2	3	4
7. No he tenido tiempo suficiente para solucionar mis problemas.	0	1	2	3	4
8. Yo pienso que los miembros del equipo han sido buenos en sus tareas.	4	3	2	1	0
9. He recibido la ayuda que buscaba.	4	3	2	1	0
10. No me han gustado algunas de las reglas y normas del tratamiento.	0	1	2	3	4

Por favor, escriba en el recuadro que sigue cualquier comentario que quiera hacer llegar a nuestro personal de investigación, acerca del tratamiento que Ud. ha recibido aquí.

Estaríamos muy interesados si pudiera decirnos algo acerca de cómo piensa Ud. que podríamos nosotros mejorar el servicio.

Por favor, ahora introduzca este formulario en el sobre.

**¡Muchas gracias por su ayuda!**

**ANEXO C. Ficha individualizada de incorporación del usuario/a a la Comunidad Terapéutica**

**FICHA INDIVIDUALIZADA DE INCORPORACIÓN**

**COMUNIDAD TERAPÉUTICA:**

<b>NOMBRE</b>	
<b>APELLIDOS</b>	
<b>D.N.I.</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>LUGAR HABITUAL DE RESIDENCIA</b>	

<b>ENTIDAD DERIVANTE</b>	
<b>FECHA DE INCORPORACIÓN</b>	
<b>PREVISIÓN DE ESTANCIA</b>	

<b>TIPO DE PLAZA</b>	<input type="checkbox"/> Plaza alcohol <input type="checkbox"/> Plaza otro tipo de sustancias <input type="checkbox"/> Desintoxicación <p style="text-align: right;">Tiempo estimado en este caso:</p>
<b>PROFESIONALES DE REFERENCIA EN U.C.A.</b>	
<b>TELEFONO DE CONTACTO</b>	

<b>OBSERVACIONES</b>	
----------------------	--

**Rellenado por:**

**Fecha de cumplimentación:**

**ANEXO D. Ficha de salida de la Comunidad Terapéutica**

**FICHA INDIVIDUALIZADA DE SALIDA**

**COMUNIDAD TERAPÉUTICA:**

<b>NOMBRE</b>	
<b>APELLIDOS</b>	
<b>D.N.I.</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>LUGAR HABITUAL DE RESIDENCIA</b>	

<b>FECHA DE SALIDA</b>	
------------------------	--

<b>SALIDA</b>	<b>MOTIVO</b>
<b>ALTA</b>	<input type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS
<b>BAJA</b>	<input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DIFICULTAD DE ADAPTACIÓN <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> DERIVACION A OTRO RECURSO

<b>OBSERVACIONES</b>	
----------------------	--

*Rellenado por:*

*Fecha de cumplimentación:*

**ANEXO E. Certificado Final**

D/D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_, CON D.N.I.: \_\_\_\_\_, COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA  
ENTIDAD \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_,

**CERTIFICO:**

Que conforme a lo dispuesto en la convocatoria de 19/12/2017 de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha por la que se regula la concesión de ayudas a entidades sin ánimo de lucro existentes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha para la ocupación de plazas en comunidades terapéuticas:

1. Los documentos justificativos se encuentran en poder de esta Entidad, comprometiéndose a conservar los mismos conforme a lo dispuesto en la legislación vigente y aportarlos ante cualquier requerimiento de la Fundación.
2. La Entidad dispone de los libros contables, registros diligenciados y demás documentos en los términos exigidos por la legislación mercantil y sectorial que le es de aplicación, con la finalidad de garantizar el adecuado ejercicio de las facultades de comprobación y control.
3. La Entidad cumple con las obligaciones de información especificadas en la Ley 4/2016, de 15 de diciembre, de transparencia y buen gobierno de Castilla-La Mancha.
4. La entidad se encuentra al corriente de pago de sus obligaciones tributarias (estatal y autonómica) y de la Seguridad Social.
5. La entidad está al corriente en el cumplimiento de las obligaciones por reintegro de subvenciones.
6. La memoria final descriptiva de cada una de las actividades realizadas adjunta refleja fielmente los resultados obtenidos conforme a los indicadores de actividad mensuales presentados según las pautas establecidas por la Fundación.

Y para que así conste, expido el presente en \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año dos mil diecinueve.

Firmado

D/ D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_

Representante Legal de la Entidad