

ANEXO I

SISTEMA DE BECAS INGRESO ESTÍMULO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN MATERIA DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

1. POBLACIÓN OBJETO.

Serán destinatarios del INGRESO ESTÍMULO para el fortalecimiento de los Dispositivos Territoriales Comunitarios y la política de prevención, atención y acompañamiento en materia de consumos problemáticos de la Sedronar: profesionales, asistentes, operadores sociales, estudiantes del área de salud, educación, abogacía, servicio social y referentes comunitarios del territorio.

Sedronar podrá requerir la asistencia de los beneficiarios del Ingreso Estímulo para el fortalecimiento de las políticas y acciones de las diferentes áreas de la Sedronar.

2. REQUISITOS DE ACCESO y DOCUMENTACION REQUERIDA.

Serán requisitos de acceso:

- Ser mayor de 18 años.
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (1° y 2° hoja o anverso y reverso, según corresponda).
- Constancia de CUIL o CUIT.
- Curriculum Vitae firmado.
- En caso de poseer, copia de los títulos que acrediten la formación; si es estudiante deberá acompañar certificado de alumno regular.
- Formulario de solicitud de INGRESO ESTIMULO (Apartado A).

La DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO recibirá el formulario de solicitud de INGRESO-ESTIMULO (APARTADO A) de parte del Dispositivo Territorial Comunitario o Área Solicitante y la documentación requerida para el alta en el Punto 2. del presente Anexo y procederá a realizar la evaluación de la misma.

De cumplimentarse los requisitos, la DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO elevará la solicitud de alta al SISTEMA DE BECAS INGRESO ESTÍMULO, previa conformidad de la SUBSECRETARIA DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN MATERIA DE DROGAS. al titular de la SECRETARIA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACION ARGENTINA a los fines del dictado del acto administrativo correspondiente.

3. DURACIÓN DEL INGRESO

El alta en el SISTEMA DE BECAS INGRESO ESTÍMULO PARA EL

FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN MATERIA DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS estará vigente durante el periodo restante del ejercicio presupuestario en curso al momento del alta.

4. CERTIFICACIÓN MENSUAL

El personal de la DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO, certificará el cumplimiento de los objetivos mensuales de cada beneficiario.

La continuidad en el sistema de becas estará sujeta a la certificación mensual de las horas de servicio prestadas por el beneficiario en el dispositivo o área en la cual desempeña tareas.

En función de ello, la DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO evaluará la CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS MENSUALES (Apartado C), la que se efectuará a mes vencido y proporcional a las horas efectivamente prestadas, tal como se haga constar en la certificación.

5. CAUSALES DE BAJA

EL INGRESO ESTÍMULO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN MATERIA DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS será dado de baja en los siguientes casos:

5.1. Incumplimiento de más del 50% de las horas correspondientes a la categoría del becario en el dispositivo o área en la cual desempeña tareas.

5.2. Renuncia del becario (Apartado B).

5.3. Deceso del becario.

5.4. Rescisión unilateral por parte de la SECRETARÍA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACION ARGENTINA.

Sin perjuicio de lo dispuesto, el becario podrá solicitar nuevamente su ingreso transcurridos 30 (TREINTA) días corridos, contados a partir de la fecha de la resolución que procedió a su baja o aceptación de renuncia, cumpliendo con los requisitos de acceso y la documentación requerida. La aprobación de alta quedará a criterio de la SECRETARÍA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACION ARGENTINA, de acuerdo al procedimiento establecido en el Punto 2 del presente Anexo.

6. PROCESO DE MODIFICACIÓN DEL PADRÓN DE BECARIOS ACTIVOS.

Mensualmente la DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN Y

ACOMPANAMIENTO COMUNITARIO evaluará las certificaciones presentadas, las nuevas solicitudes de alta y su documentación requerida, así como las bajas a tramitar y los cambios de categoría, a los fines de actualizar el padrón de becarios y realizar la liquidación mensual.

6.1. Documentación a anexar en la actuación administrativa: Se deberá presentar la siguiente documentación:

a) Solicitudes de INGRESO-ESTIMULO (Apartado A) recibidas y la documentación requerida para el alta detallada en el Punto 2 del presente Anexo.

b) Formulario de solicitud de RENUNCIA AL FONDO ESTÍMULO (Apartado B) o el Informe Técnico que indique los motivos de la BAJA del beneficiario.

c) Las certificaciones mensuales de las horas de servicio prestadas por los beneficiarios en los respectivos dispositivos o áreas en las cual desempeñan tareas (Apartado C).

6.2. Informe Técnico: Acreditada la documentación y anexada a las actuaciones administrativas correspondientes, la DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN Y ACOMPANAMIENTO COMUNITARIO procederá a la elaboración de un Informe Técnico de competencia.

6.3. Conformidad de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN Y ACOMPANAMIENTO EN MATERIA DE DROGAS: de considerar fundamentadas las actuaciones, prestará conformidad al trámite y elevará las actuaciones a la SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

APARTADO A

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO ESTIMULO

A LA SECRETARIA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACIÓN ARGENTINA:

La/el que suscribe.....
solicita el INGRESO ESTIMULO, con el objetivo de participar en las tareas de fortalecimiento de la política de prevención, atención y acompañamiento en materia de consumos problemáticos, y deja expresamente asentado que conoce el régimen aplicable establecido en relación a sus derechos, obligaciones y cumplimiento de objetivos.

Firma

Aclaración.....

Doc. N°.....

Constituye domicilio.....

Correo Electrónico.....

Se deja constancia que los datos consignados son en carácter de Declaración Jurada y que las notificaciones al domicilio y correo electrónico que se realicen serán válidas.

Dispositivo o Área al que se integra:

.....

.....

APARTADO B

FORMULARIO DE RENUNCIA AL FONDO ESTIMULO

A LA SECRETARIA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LANACIÓ
ARGENTINA:

La/el que suscribesolicita la BAJA DELINGRESO ESTIMULO,
a partir del día ,
solicitando se haga saber dicha circunstancia ante las autoridades pertinentes.Firma

.....

Aclaración.....

Doc. N°.....

Constituye domicilio.....

Correo Electrónico.....

Se deja constancia que los datos consignados son en carácter de Declaración Jurada y que las notificaciones al domicilio y correo electrónico que se realicen serán válidas.

Dispositivo o Área que integraba:

.....

.....

APARTADO C

CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS MENSUALES (De acuerdo a cada Dispositivo se requiere una certificación de autoridad de las efectividades en general y de cada persona, identificando funciones de cada uno: atención y acompañamiento; capacitación y prevención; orientación y derivación.)							AÑO
Mes certificado (SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE

Datos del Dispositivo desde el cual se hace la certificación				
Tipo de dispositivo donde desarrolla tareas (SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)	DTC	CAAC	CAI	EQUIPO CENTRAL
	Otros (especificar):			
Nombre del dispositivo o lugar de trabajo				
Dirección (Calle y Número)				
BARRIO				
Localidad				
Municipio				
Provincia				
Telefono y mail de contacto				
Describe brevemente las características de la comunidad atendida por el dispositivo (venta ambulante, comerciantes de ferias, empleados de la construcción, empleadas dom, etc)				
.....				
.....				
Datos del Responsable certificante				
Apellido y Nombre				
Legajo				
Cargo				
Dependencia funcional				
Cantidad de personas con asignación estímulo que certifica				
Firma del Responsable certificando las actividades del titular del fondo estímulo				

Certificación mensual de titulares de fondo estímulo						Días y horarios en que desarrolla las actividades semanalmente. Indicar el horario que realiza cada día (por ejemplo: 10:30 a 14:30). Si algún día no concurre indicar NC)													
Nro	Apellido y Nombre	CUL	Categoría de fondo estímulo	Descripción de la/s actividad/es que realiza	¿A que población está destinada la actividad?	Cantidad de Personas destinatarias de la asistencia/actividad/acompañamiento (indicar en número)	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Cantidad total de días trabajados en el MES	Cantidad Total de horas totales trabajadas en el MES	Cantidad de Inasistencias en el mes	Lugar donde cumple las actividades (indicar Dirección)	Observacion	Observacion

Firma del Responsable certificando que las actividades arriba detalladas de cada titular del fondo estímulo son las actividades requeridas:	
---	--



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Anexo I - SISTEMA DE BECAS INGRESO ESTÍMULO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN MATERIA DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.