



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Municipio de Salinas

OFICINA DE LA ASAMBLEA MUNICIPAL

PO BOX 1144

SALINAS, PUERTO RICO 00771

RESOLUCION NUM. 2

SERIE 1996-97

DE LA ASAMBLEA MUNICIPAL DE SALINAS, PUERTO RICO, PARA AUTORIZAR AL HONORABLE BASILIO BAERGA PARAVISINI, ALCALDE, SOLICITAR LOS FONDOS DEL PROGRAMA AUXILIAR DE SERVICIOS EN EL HOGAR, PROPUESTA DEL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA DE PUERTO RICO; Y PARA OTROS FINES.

POR CUANTO: De acuerdo a estadísticas del Departamento de la Familia, Oficina Local de Salinas, hay 905 familias y/o personas de extrema pobreza, las cuales se desglosan en la forma siguiente:

- 1) 116 ancianos (no tienen ingresos ni pensión)
- 2) 1 ciego
- 3) 597 niños abandonados por madres y padres.
- 4) 176 incapacitados (no tienen ingresos ni pensión)
- 5) 11 casos de niños recogidos por tutores, por éstos estar en riesgo.
- 6) 4 niños con condiciones de salud delicadas y sus padres no tienen ingresos, haciendo el total de casos antes mencionado.

POR CUANTO: El Departamento de La Familia de Puerto Rico, cuenta con fondos presupuestados hasta un máximo de \$50,000.00 para emplear auxiliares de servicios en el Hogar (Ama de Llaves), que en nuestro caso de ser aprobada la propuesta o solicitud, se crearían 20 Amas de Llaves o Auxiliares de Servicios en el Hogar, para atender un considerable número de los ciudadanos antes identificados.

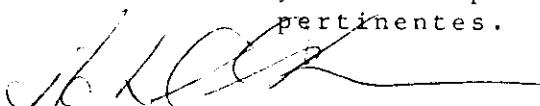
POR CUANTO: La Administración Municipal de Salinas, Puerto Rico en aras de aumentar sus recursos y para poder atender y dar prioridad a las necesidades de la población antes identificadas, está en la obligación de solicitar o gestionar los fondos antes mencionados.

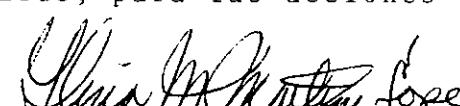
POR TANTO: **RESUELVASE POR LA HONORABLE ASAMBLEA MUNICIPAL DE SALINAS, PUERTO RICO, LO SIGUIENTE:**

Sección 1ra: Autorizar como por la presente se autoriza al Hon. Alcalde, Basilio Baerga Paravisini, radicar la propuesta en el Departamento de La Familia de Puerto Rico, solicitando la cantidad de \$50,000.00 para la creación de 20 empleos de Auxiliares de Servicios en el Hogar o Amas de Llaves, para atender un número considerable de dichos ciudadanos.

Sección 2da: Que dichos empleos son de carácter temporero, por lo que tendrán una duración de seis meses, comenzando en el mes de agosto-96 y concluyendo en el mes de enero 1997.

Sección 3ra: Copia de esta Resolución deberá ser notificada al Departamento de la Familia de Puerto Rico, junto a la correspondiente propuesta o solicitud de fondos, una vez aprobada por la Asamblea Municipal y firmada por el Hon. Alcalde, para las acciones pertinentes.


HECTOR C. CASTRO RIVERA
PRES. ASAMBLEA MUNICIPAL


GLORIA M. MARTINEZ LOPEZ
SEC. ASAMBLEA MUNICIPAL

RESOLUCION NUM. 2

SERIE 1996-97

aprobado por el Hon. Basilio Baerga Paravisini, Alcalde,
a los 7 días del mes de Septiembre de 1996.

BASILIO BAERGA PARAVISINI
ALCALDE

C E R T I F I C A C I O N

YO, GLORIA M. MARTINEZ LOPEZ, Secretaria de la Asamblea Municipal de Salinas, Puerto Rico, Certifico: Que la que antecede es copia fiel y exacta de la Resolución Núm. 2, Serie 1996-97, adoptada por la Asamblea Municipal de Salinas en la Sesión Extraordinaria del dia 29 de agosto de 1996.

Se certifica, además, que dicha Resolución fue aprobada con los votos afirmativos de los siguientes asambleístas presentes en dicha sesión: Héctor C. Castro Rivera, Vicente Torres Ramos, Ismael Ortiz, Antonio Olavarria, Emigdio Luna Morales, Melvin Torres, Oscar Vázquez, Ignacio Del Valle, Gilberto Reyes. Abstenidos: José Melero Ortiz, Reinaldo Alomar.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, libro la presente certificación bajo mi firma y sello oficial de este municipio hoy día 7 de Septiembre de 1996.


GLORIA M. MARTINEZ LOPEZ
SEC. ASAMBLEA MUNICIPAL

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
PROGRAMA REHABILITACION ECONOMICA Y SOCIAL (PRES)

PROPIUESTA PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS
CON FONDOS ESPECIALES DE LA
LEY DE INCENTIVOS CONTRIBUTIVOS

AÑO FISCAL 1996-97

REGION: GUAYAMA

FONDOS SOLICITADOS: \$ 50,000.00

TITULO DE LA PROPIUESTA: AUXILIARES DE SERVICIOS EN EL HOGAR (Empleo)

1. Identificación de la Entidad Proponente: PARA USO PRES

A. Nombre de Entidad: Aprobada

Municipio de: Denegada

Proyecto _____

Convenio _____

B. Dirección Local: CALLE SANTOS P.. AMADEO

Dirección Postal: APARTADO 1149 SALINAS, P.R.

Teléfono : 824-3060

C. Nombre del Representante Autorizado: SR. BASILIO BAERGA PARAVISINI

Teléfono : 824-3830

2. A. Número Seguro Social Patronal : 66-04-35-311

B. Número Fondo Seguro del Estado: 533207162

C. Número Seguro por Desempleo : 0701630009

3. Servicios que presta: CORPORACION PUBLICA AL SERVICIO A LOS CIUDADANOS.

Describa brevemente la estructura, propiedad y equipo que posee la entidad proponente. En caso de que las propiedades, estructuras y equipo sean alquilados, indique por cuánto tiempo es el contrato de arrendamiento.

Estructura : _____

Propiedades: Inventario de propiedad mueble e inmueble, en el territorio del municipio.

C. Equipo: _____

4. Tiempo que lleva operando en Puerto Rico:

Menos de 1 año 1-5 años 6-10 años o más

Describe brevemente el desarrollo de la entidad desde su inicio en Puerto Rico. Especificar si hay otras entidades afiliadas, la dirección y el año de inicio de operación de cada una. (aplica a entidades sin fines de lucro).

SE CREA EL GOBIERNO DE SALINAS PARA DAR SERVICIO A LA
CIUDADANIA.

5. ¿Ha tenido contratos de proyectos financiados con fondos federales o estatales? (En caso afirmativo, indique cuantos) Sí

Provea descripción de por lo menos dos proyectos, con prioridad en proyectos de la misma naturaleza.

AMA DE LLAVES ASISTENTE EN EL HOGAR COMITE GERICOLA OFICINA
ASUNTOS DE LA VEJEZ.

Cuido de niños

Fondos obtenidos a través del Departamento de Servicios Sociales.

Sí No

Tipo de proyecto: _____

6. ¿Con qué tipo de ayudas económicas estatales o federales cuenta la entidad? Explique:
ASIGNACIONES ESPECIALES DE LA LEGISLATURA Y FONDOS FEDERALES
PARA OBRAS PERMANENTES.

7. ¿Está su entidad incorporada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?
 Sí No Explique _____

Presidente de la Corporación: _____

8. En caso afirmativo, deberá someter copia del certificado de Corporación en el Departamento de Estado.

9. ¿Tiene su entidad seguro de responsabilidad pública vigente?
Explique: POLIZA NÚMERO A-95-EG25340- ADMIRAL INSURANCE CO.
REPRESENTADO POR EASTERN AMERICAN INSURANCE, VIGENCIA
6130-95-96
10. Incluya certificación de no deuda con el Departamento del Trabajo y Recurso Humanos, y con la Administración del Seguro Social Federal (CERTIFICACION ADJUNTA)
11. Descripción del proyecto a desarrollarse:

<u>Tipo de Proyecto</u>	<u>Sector</u>	<u>Municipio</u>	<u>Región</u>
<u>AUXILARES DE SERVICIOS</u>	<u>RURAL URBANO</u>	<u>SALINAS</u>	<u>GUAYAMA</u>
<u>EN EL HOGAR</u>			

a. Estudio de Necesidades:

Nos preocupa el alto nivel de desempleo entre familias de extrema pobreza. Por lo general, los miembros de familias tienen un bajo nivel de escolaridad (no han completado el cuarto año de Escuela Superior) y no pueden competir en el mercado de empleos. Sin embargo, estas personas saben leer y escribir, y están capacitadas para prestar servicios de Auxiliares de Servicios en el Hogar atendiendo a envejecientes, enfermos y/o impedidos, y de recursos económicos limitados o de cero ingresos propios.

Habiendo la necesidad de servicio de Auxiliares de Servicios en el Hogar, consideramos necesario crear este tipo de empleo para satisfacer la necesidad de empleo de las personas con baja escolaridad, pero con destrezas propias para este trabajo, a la vez que brindamos servicios de Auxiliares de Servicios en el Hogar a los necesitados.

Este municipio se compone de 6 barrios, sectores y la zona urbana en los que existe gran número de personas con los problemas antes mencionados. El municipio cuenta con sobre 300 solicitudes para este tipo de ayuda.

b. Metas y objetivos del proyecto:

Mejorar la calidad de vida de las personas envejecientes, enfermos y/o impedidos y de recursos económicos limitados o de cero ingresos propios.

Proveer empleos para personas de baja escolaridad, pero con destrezas apropiadas para el cuidado y aseo de ancianos, enfermos e incapacitados.

Estadísticas:

El Departamento de Servicios Sociales nos informa un promedio de 5,270 familias participan de los beneficios del "PAN". Los beneficios de este programa ascienden a \$664,264.00 mensuales.

Reciben asistencia económica (bienestar público) 905 familias con beneficios montantes a \$66,937.00 Estas son familias y/o personas de extrema pobreza, y se desglosan de la siguiente forma:

116 casos - ancianos (No tienen ingresos ni pensión)

1 casos - ciegos

597 casos - niños abandonados por madres y padres

176 casos - incapacitados (No tienen ingresos ni pensión)

11 casos - tutores (personas que recogen niños en riesgo)

4 casos - general (Niños con condición de salud y sus padres no tienen ingresos)

TOTAL 905 casos

649 Adultos

1,167 Niños

Promover la autosuficiencia en las personas de extrema pobreza.

c. Diseño del proyecto: (Uso página adicional de ser necesario).

Para el logro de las metas y/o objetivos se prestarán los siguientes servicios:

Servicio de cuidado en el hogar a personas envejecientes, enfermos y/o impedidos y de recursos económicos limitados o de escasos ingresos propios.

Los servicios a prestar son los siguientes: Asilo personal, preparación de alimentos, limpieza básica del hogar, servicios lavandería, planchado, asistencia en compras de alimentos, medicamentos y escolta a citas médicas.

12. Descripción del Proyecto:

a. Número de familias a beneficiarios: 20 Auxiliares de Servicios en el Hogar
20 Participantes

b. Fecha de comienzo : 1 de agosto de 1996

c. Fecha de terminación : 31 de enero de 1997

d. Duración del proyecto en meses: 6 meses

e. Duración de la fase de adiestramiento en horas: 4 hrs
al mes

13. Incluir información que indique lugar de adiestramiento, dirección y nombre del supervisor del mismo.

a. Lugar de adiestramiento y dirección: EDIFICIO ANTIGUO HOSPITAL
CALLE SANTOS P. AMADEO #48 SALINAS, P.R.
APARTADO 1149

b. Nombre del Supervisor: SRA. EVELYN RIVERA

c. Horario del Proyecto : 8:00 AM - 12:00 M y/o 12:00 M - 4:00 PM

d. Número de horas diarias: 4 horas

e. Personas a emplearse en el proyecto: 20

14. Materiales, herramientas y/o equipo solicitado. (si es necesario incluya hoja adicional).

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
240	bnt	Clorox	\$2.58	309.60
120	cajas	ACE	\$1.39	166.80
120	ea	mapos	\$2.15	258.00
120	ea	esponjas	\$1.59	190.80
120	bot	Lestoil	\$1.29	154.80
120	bot	King Pine	\$1.59	190.80
360	ea	guantes	\$2.50	450.00
10	ea	botiquín	\$35.00	\$ 350.00
120	caja	detergente en polvo	1.39	166.80
		TOTAL		\$2,237.60



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Municipio de Salinas
Oficina de Finanzas

P.O. Box 1149
Salinas, Puerto Rico 00751
Tel. 824-3060, Ext. 201

Edwin A. Santiago Rosario
Director

C E R T I F I C A C I O N

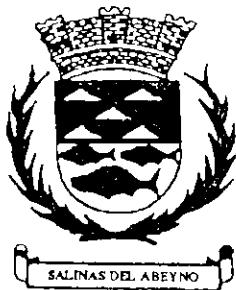
Yo, Edwin A. Santiago, Director de Finanzas del Municipio de Salinas, mediante la presente CERTIFICO QUE: a mi mejor conocimiento al día de hoy no tenemos deuda con el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

Para que así conste y para fines oficiales firmo la presente certificación hoy día 31 de julio de 1996 en Salinas, Puerto Rico.

Edwin A. Santiago
Director de Finanzas
Municipio de Salinas



UNIDOS PARA SERVIR



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Municipio de Salinas
Oficina de Finanzas

P.O. Box 1149
Salinas, Puerto Rico 00751
Tel. 824-3060, Ext. 201

Edwin A. Santiago Rosario
Director

29 de julio de 1996.

Sr. Edwin Rivera
Director Area de Seguros
Departamento de Hacienda
San Juan, Puerto Rico

Estimado señor Rivera

Saludos; Por la presente solicitamos se incluya en un seguro adicional de responsabilidad pública del Municipio de Salinas para el año económico 1996-1997.

DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA- Programa Auxiliar de Servicios en el Hogar

Sin nada más sobre el particular y esperando su acostumbrada cooperación, queda de usted.

Atentamente,

Edwin A. Santiago Rosario
Director



UNIDOS PARA SERVIR

Anejo 1

TAREAS DE LAS AUXILIARES DE SERVICIOS EN EL HOGAR

1. En relación con el paciente:

- a. Acompañar al paciente a consulta o tratamiento médico.
- b. Asegurarse de que el paciente tome los alimentos y las medicinas a sus horas.
- c. Si es necesario bañarlo o ayudarle a cambiar de ropa de vestir.
- d. Cambiar la ropa de cama con la frecuencia más deseable dentro de las circunstancias.
- e. Cuando sea prudente, ayudar al paciente a salir fuera del hogar a tomar el sol, aire y a observar la naturaleza por el tiempo convenido por el médico, la enfermera o el familiar.
- f. Mantener una atmósfera de armonía y bienestar en el hogar que contribuya al fortalecimiento del mismo.

2. Con el manejo del hogar:

- a. Planificar la dieta del paciente, preparar y servir sus alimentos.
- b. Hacer la limpieza del hogar.
- c. Lavar, planchar y remendar la ropa del paciente.
- d. Mantenerle en un sitio adecuado y accesible al paciente aquellos artículos que utiliza con más frecuencia, como espejos, vasos, libros, etc.
- e. Bajo supervisión médica, puede ayudar en el proceso de rehabilitación física.
- f. Dar atención a la apariencia personal del paciente.

3. Requisitos de las Auxiliares de Servicios en el Hogar:

- a. Saber leer y escribir
- b. Mayor de 21 años
- c. Dispuesto a viajar, de ser necesario.
- d. Dispuesto a tomar los adiestramientos que proveerá la agencia.

4. Requisitos de los participantes:

- a. El participante deberá tener o padecer alguna enfermedad o condición que le impida la realización de su aseo personal, confección de alimentos, impedidos para realizar sus propias gestiones personales y el manejo del hogar.
- b. Deberá estar viviendo solo o con algún familiar que no pueda hacerse cargo de él y del manejo del hogar.
- c. Serán seleccionados en base a sus ingresos y necesidades.

5. Supervisión:

La supervisión estará a cargo de la oficina de personal del Municipio de Santa Isabel. Un coordinador visitará los hogares de los participantes y evaluará periódicamente los servicios para los que se contrató la Auxiliar de Servicios en el Hogar. Además, velará de que la Auxiliar de Servicios en el Hogar cumplga con el horario establecido y deberá figurar en una hoja de asistencia. El coordinador informará de todos los cambios que surjan.

6. Adiestramiento:

Los adiestramientos a las Auxiliares de Servicios en el Hogar, para mejorar sus funciones, se harán a través de la oficina de personal del municipio y participarán aquellas personas que trabajan por primera vez en el programa. Los participantes que ya tienen la experiencia en dicho programa no tendrán la necesidad de ser adiestrados.

Se proveerá a la Auxiliares de Servicios en el Hogar adiestramiento con personal capacitado en las siguientes áreas:

1. Salud
2. Economía del hogar
3. Trabajo Social

La selección de los participantes se llevará a cabo en coordinación con la oficina de Servicios Sociales.

7. Vigencia:

Esta propuesta tiene vigencia por 6 meses.

NARRATIVO DEL PRESUPUESTO

El proyecto empleará 20 Auxiliares de Servicios en el Hogar con un sueldo mensual de \$368.00 a \$4.25 por hora (Salario Mínimo Federal vigente en el Municipio de Salinas). El proyecto se extenderá por un periodo de 6 meses para un total de \$44,160.00 en salarios.

Beneficios marginales:

Seguro Social Patronal	$\$44,160 \times 7.65\%$	=	\$3,378.24
Fondo del Seguro del Estado	$44,160 \times .6\%$	=	2,649.60
Seguro por Desempleo	$44,160 \times .4\%$	-	1,760.60
Sub-Total			\$7,794.24

El costo de materiales a utilizarse en el programa por las Auxiliares de Servicios en el Hogar para la realización de sus tareas de Pago Municipio.

Total a pagar por la agencia auspiciadora \$51,954.24.

El Municipio de Salinas, como entidad delegada, aportará en for de "In-Kind" las siguientes cantidades:

Salarios:

Coordinador	\$ 970.00 mensual x 6 meses	= \$5,820.00 x 30% = \$1,746.00
Director de Personal	\$1,067.00 mensual x 6 meses	= \$6,402.00 x 25% = \$1,600.50
Secretaria	\$ 717.00 mensual x 6 meses	= \$4,302.00 x 20% = \$ 860.40
Asistente de Nómina	\$ 717.00 mensual x 6 meses	= \$4,302.00 x 20% = \$ 860.40
Contable	\$ 700.00 mensual x 6 meses	= \$5,400.00 x 15% = \$ 810.00
		<hr/> \$5,876.30

Sub Total Salarios

Beneficios Marginales:

Seguro Social Federal	$\$5,876.30 \times 7.65\% = \$ 449.54$
Fondo del Seguro del Estado	$\$5,876.30 \times .6\% = \$ 352.58$
Seguro por Desempleo	$\$5,876.30 \times .4\% = \$ 235.06$

Sub-Total Beneficios Marginales

 \$1,037.18

Equipo:

Vehículo (utilizado por el coordinador) costo 19,000. Vida útil 5 años. Depreciación 19,000.5 años = 3,800.00 x 50 = \$1,900.00

Fotocopiadora Costo 2,200. Vida útil 3 años. Gastos depreciación 733 x .20 = \$146.00

Total Gastos de Equipo

 \$2,046.00

Otros Gastos:

Gasolina 30 galones x \$1.05 = 31.5 Semanales
31.550 x 24 semanas = 756.00 x 30% = \$226.80

16. Personal a ser empleado:

Puesto Salario mensual

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

17. Desglose del Presupuesto para el desarrollo del proyecto:

	<u>Aportación de Agencia Auspiciadora</u>	<u>Aportación de Entidad Delegada</u>
a. Salarios	<u>\$44,160.00</u>	<u>\$3,253.60</u>
b. Beneficios Marginales	<u>7,794.24</u>	<u>927.26</u>
c. Incentivos a participantes	<u>0</u>	<u>0</u>
d. Costos de materiales	<u>0</u>	<u>971.60</u>
e. Costo de equipo	<u>0</u>	<u>1,909.00</u>
f. Otros Costos	<u>0</u>	<u>226.00</u>
TOTAL	<u>\$51,954.24</u>	<u>9,279.26</u>

Continuación del Narrativo del Presupuesto

Materiales:

El Municipio aportará la cantidad de 2,237.00 para la compra de materiales.

La aportación total de parte del Municipio de Salinas será de 11,423.88 dicho programa.

18. Relevo de responsabilidad.

El proponente se responsabiliza por el control, ejecución y supervisión del proyecto y sus participantes. Reconoce que cumplirá fielmente con los términos y condiciones de aprobación del proyecto y que los participantes no son empleados del Departamento de Servicios Sociales. Releva, por tanto, al Departamento de Servicios Sociales de cualquier daño pasado, presente y futuro que pueda ocasionar a terceros el proponente, cualquier contratista independiente de éste, así como a los participantes.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Firma del Coordinador de PRES

Nombre en letra de molde

Firma del Director Regional

Nombre en letra de molde

MUNICIPIO DE SALINAS

ENTIDAD DELEGADA

Firma del Representante de la Entidad Delegada

BASILIO BAERGA PARAVICINI

Nombre en letra de molde

APARTADO 1149

CALLE SANTOS P. AMADIO # 58

SALINAS, PUERTO RICO 00751

824-3060

Telefono

7-31-96

Fecha