



## PROGRAMA DE APOYO A LOS EMPRENDEDORES CON DISCAPACIDAD

**Por favor lea con atención el presente Programa. Se debe tener en cuenta que el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad evaluará el proyecto que se presente teniendo en cuenta cada uno de los ítems señalados y en caso de considerarlo necesario solicitará complementar lo presentado.**

**SOLICITAMOS SE ENVIE TODA LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA -SEGÚN SE DETALLA- A FIN DE AGILIAZAR LA TRAMITACIÓN DEL SUBSIDIO.**

### DESCRIPCIÓN

En el marco del art. 27 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, este programa tiene el propósito de apoyar económicamente a emprendedores con discapacidad buscando fortalecer aquellas iniciativas productivas que promuevan saberes y habilidades con el objetivo de obtener ingresos a través del trabajo.

### CONSIDERACIONES GENERALES

- ✓ Podrán presentar solicitudes aquellas personas con discapacidad que:
  - ✓ Mayores de 18 años
  - ✓ Que posean experiencia en algún oficio o que posea capacitación o habilidad idónea para realizar una actividad laboral.
  - ✓ Que cuenten con disposición para proyectar una actividad por cuenta propia.
  - ✓ Que estén llevando adelante un emprendimiento productivo (de manera individual o asociada) o que tengan interés y posibilidades de iniciarlo.
- ✓ COMPONENTES A FINANCIAR por un monto máximo de \$7.000.-
  - herramientas vinculadas a la actividad que realiza
  - insumos

### INSTRUCTIVO

Documentación necesaria para la presentación del proyecto

- Solicitud firmada por el solicitante ANEXO 1
- Fotocopia del DNI / LE /LC de la persona que realiza la solicitud.
- Fotocopia del CUIL de la persona
- Copia certificada por juez de paz o policía del Certificado de discapacidad expedido por autoridad oficial competente actualizado.
- Informe socio ambiental realizado por institución pública local (municipio, hospital o escuela pública)
- Proyecto en que se especifique la actividad productiva que realiza o desea realizar.

1. Datos del emprendedor: Apellido y nombre- fecha de nacimiento – DNI- domicilio- teléfono- escolaridad alcanzada
2. Nombre del emprendimiento
3. Descripción del emprendimiento:

Si el emprendimiento está en funcionamiento:

- Qué actividad realiza. Describa brevemente
- Fecha de inicio de las actividades. Cuando comenzó a funcionar?
- Con que infraestructura cuenta para llevar adelante la actividad: Tiene el espacio físico, lugar apto para realizar la tarea? Cuenta con maquinaria, cuales, cuantas?
- Cuantas personas trabajan en el proyecto?
- Tiene cursos o capacitaciones relacionadas con la actividad?
- Con que producción cuenta y donde la comercializa. A quienes y donde vende u ofrece sus productos o servicios?
- Localización del proyecto: en que domicilio realiza la actividad. Por favor consigne el domicilio y aclare si es su casa particular y todos los datos de localización

Si el emprendimiento aún no está funcionando:

- Que actividad tiene pensado llevar a cabo?
- Por que ha seleccionado esa actividad?
- Localización del emprendimiento: En qué lugar físico va a realizar la actividad productiva o el servicio que brindará? (por ej. Si piensa trabajar en el rubro peluquería donde funcionará?) Aclare el domicilio.
- Infraestructura: Que maquinaria y elementos piensa que requiere para iniciar la actividad. Con cuales ya cuenta? Cuales adquirirá con el subsidio? De que manera adquirirá los que le falten?
- Cuenta con conocimientos para llevar a cabo esta actividad? Cuales
- Trabajara con otros? Otras personas integraran este emprendimiento o le brindarán apoyo para realizarlo?

- TRES (3) Presupuestos de herramientas y/o aquel equipamiento especialmente indicado para la adaptación de las herramientas , maquinarias

**MUY IMPORTANTE: Es necesario aclarar que el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad evalúa y eventualmente aprueba el proyecto presentado con la prescripción y los presupuestos enviados, cualquier cambio que se realice al momento de la adquisición del equipamiento, sin la previa autorización del Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad será entera responsabilidad del Peticionante, con riesgo que se solicite la devolución de los fondos otorgados. Asimismo, en el caso que sobrara algún monto de dinero al momento de adquirir el equipamiento, deberá ser devuelto.**

## RENDICIÓN DE CUENTAS

Para la realización de la correspondiente rendición de cuentas el peticionante deberá presentar la siguiente documentación:

\* Copia certificada por escribano, juez de paz o policía de las Factura (B ó C) de las ayudas técnicas adquiridas. La misma deberá estar a nombre del peticionante.

\* Anexos I, II y III del instructivo de rendición de cuentas

Informes: [consulta\\_programa@conadis.gob.ar](mailto:consulta_programa@conadis.gob.ar)  
Av. Julio A. Roca 782 Piso 4. Buenos Aires. Argentina  
Línea gratuita: 0800-333-2662

Anexo I  
Sra. Presidente del Comité Coordinador  
de Programas para Personas con Discapacidad  
Prof. Silvia Bersanelli

Tengo el agrado de dirigirme a UD. a los efectos de solicitarle un subsidio por un monto de \$..... con el fin de adquirir .....(*completar con el elemento solicitado*) para fortalecer mi actividad productiva.

Firma aclaración y DNI del peticionante

ANEXO I  
NOTA DE REMISION

Localidad y fecha

Señora Presidenta  
del Comité Coordinador de  
Programas para Personas con Discapacidad  
Prof. Silvia Bersanelli  
-----

Ref. Expediente N°: \_\_\_\_\_

El/La que suscribe con domicilio real/legal en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ de la Localidad \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_, manifiesto que he utilizado los fondos otorgados por el Comité Coordinador  
de Programas para Personas con Discapacidad, conforme el detalle que se expone seguidamente:

Suma otorgada: \$ \_\_\_\_\_

Inversión documentada:

\$ \_\_\_\_\_

Saldo a invertir:

\$ \_\_\_\_\_

Firma

Aclaración y DNI



- (2) Fecha de emisión del comprobante.
- (3) Factura, recibo o documento equivalente.
- (4) Letra y numeración correspondiente del comprobante.
- (5) Nombre, número de CUIT, dirección del proveedor que emite el comprobante.
- (6) Descripción del bien o servicio objeto de la documentación de respaldo.
- (7) Importe total de la factura, recibo o documento equivalente objeto de la documentación de respaldo incluido impuestos.
- (8) Aclaraciones que estime corresponder.

#### Anexo II.

Completar los Conceptos del Cuadro Modelo en su totalidad, sin abreviaturas o borriones.

Fecha: Fecha de comprobante

Tipo: Tipo de Documento ( Fact. " B", "C" o "E")

Letra y N°: Letra y N° que consta de 12 Dígitos.

Proveedor:

- Denominación: Nombre o Razón Social
- CUIT: N° CUIT del Proveedor
- Dirección: De la Administración del Proveedor o Local Comercial.

Concepto: Detalle del Bien Adquirido.

Importe: Importe de la Operación.

Total: Sumatoria de los Egresos efectuados.

Todos los Egresos deben estar respaldados por Facturas Tipo "B", "C" o "E"

ANEXO III

DECLARACION JURADA

Localidad y fecha

Señora Presidenta  
del Comité Coordinador de  
Programas para Personas con Discapacidad  
Prof. Silvia Bersanelli  
-----

Ref. Expediente N°: \_\_\_\_\_

El/La que suscribe con domicilio real/legal en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_ de la Localidad  
\_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_, DECLARO BAJO JURAMENTO :

Que los fondos recibidos en concepto de subsidio fueron empleados de conformidad con el objeto y destino solicitados.

Que la documentación remitida se corresponde con sus originales, respaldatorios del empleo de los fondos del subsidio, y que cumplen con las formalidades y requisitos establecidos por la Resolución N° 3419/91, complementarias y modificatorias de la Dirección General Impositiva.

Que la documentación original referida se encuentra a disposición, debidamente archivada en mi poder.

Firma  
Aclaración y DNI