040243

SK1J

Nº Procedimiento

Código SIACI

**ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA: AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona Física:  NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | 2º Apellido: | | | |  |  | |
| Hombre  Mujer  Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona Jurídica: | | | | | | | | Núm. de documento | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | | |  | | |  | Población: | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | |  | | | |  | | Población: | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **NOTIFICACIÓN** |
| **La entidad está obligada a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la plataforma** [**https://notifica.jccm.es/notifica**](https://notifica.jccm.es/notifica)**. Compruebe que su entidad está registrada y que sus datos son correctos.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Secretaría General de la Consejería de Bienestar Social |
| **Finalidad** | Gestión y tramitación del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y el Decreto 45/2022, de 1 de junio y la Orden de 18 de junio de 2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de los requisitos y el procedimiento de acreditación de los servicios de atención domiciliaria en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarias/os** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0680> |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Solicitud de acreditación de los Servicios de Atención Domiciliaria en Castilla-La Mancha: servicio de ayuda a domicilio y servicio de teleasistencia. |
| **EXPONE**: Que reuniendo los requisitos exigidos en la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, en el Decreto 45/2022, de 1 de junio, del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha y en la Orden de 18 de junio de 2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de los requisitos y el procedimiento de acreditación de los servicios de atención domiciliaria en Castilla-La Mancha,  **SOLICITA:**  Señalar el tipo de servicio que solicita acreditar:  Servicio de Ayuda a Domicilio.  Servicio de Teleasistencia.  Señalar el procedimiento que se solicita:  **ACREDITACIÓN**  **RENOVACIÓN ACREDITACIÓN**  **MODIFICACIÓN DE LA ACREDITACIÓN (1)**   1. **Procede cuando se solicita una modificación de la acreditación concedida: cambio de ámbito territorial, ubicación del servicio, etc.** |
| Denominación del servicio: | |
| Tipo de Servicio:  Ayuda a domicilio  Teleasistencia | |
| Es auxiliar autónomo/a de Ayuda a domicilio   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Domicilio social (también autónoma/a) | | |  | | | | | | | | | | | Provincia: |  | | |  | | C.P.: |  | |  | Población: | |  | | Teléfono: |  | Teléf, móvil: | | |  | | | Correo electrónico: | | |  | |   **ÁMBITO TERRITORIAL DEL SERVICIO:**  Toda Castilla-La Mancha (todos los municipios).  Más de una provincia completa (todos los municipios de ellas): AB CR CU GU TO  Una provincia completa (todos sus municipios): AB CR CU GU TO.  Municipios de una o varias provincias: AB CR CU GU TO.  Indique los Códigos Postales (5 dígitos sin huecos) de las localidades/barrios. (un código postal por celda):   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **DECLARACIONES RESPONABLES:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:   * Cumple la reserva legal de empleo a favor de trabajadores/as con discapacidad, establecida en el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre (en caso de darse las condiciones legales). * Está al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal y con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. * Está al corriente de sus obligaciones con la Seguridad Social. * Dispone de las autorizaciones y licencias legalmente exigidas. * **En caso de solicitud de renovación de la acreditación**, que se mantienen las condiciones y requisitos que motivaron la acreditación.   Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **AUTORIZACIONES:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de datos de estar al corriente y dado de alta a fecha concreta en la Tesorería General de la Seguridad Social.  Me opongo a la consulta de residencia.  Me opongo a la consulta de datos tributarios.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.   * Documento       , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración * Documento       , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración * Documento       , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración   ***(En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento).***  **DOCUMENTACIÓN (a aportar junto con la solicitud):**  Escritura de constitución y modificación, o acta fundacional, debidamente inscrita en el registro oficial correspondiente, así como, en su caso, los Estatutos correspondientes y las certificaciones de los acuerdos legalmente adoptados de relevancia con este trámite (en el caso de que se trate de personas jurídicas de iniciativa social o mercantil, salvo que la entidad esté previamente inscrita en el Registro de Servicios Sociales).  Copia de la tarjeta de identificación fiscal de conformidad con lo señalado en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre (salvo que la entidad esté previamente inscrita en el Registro de Servicios Sociales)  Cartera de Servicios (en los términos de los artículos 6, 7 y 14 de la Orden de 18/06/2013 citada)  Carta de Servicio (en los términos de los artículos 6 y 8 de la Orden de 18/06/2013 citada)  Plan de Calidad del Servicio (en los términos del artículo 6 de la Orden de 18/06/2013 citada)  Organigrama y plantilla de personal adscrito al servicio, así como el compromiso de mantener los puestos de trabajo del personal mínimo exigido en función del servicio, durante el periodo de vigencia de la acreditación (en los términos del artículo 15.4 b) de la Orden de 18/06/2013 citada)  Si se actúa por medio de representante, acreditación de la representación que ostenta.  En el **caso de solicitar la renovación de la acreditación**, la documentación anterior no será necesario presentarla, salvo que se hayan producido modificaciones que afecten a la citada documentación.  **No es necesario presentar la Cartera de Servicios, la Carta de Servicio y el Plan de Calidad del Servicio, si la entidad dispone DE CERTIFICACIÓN VIGENTE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA UNE 158301 (Servicio de Ayuda a Domicilio) o UNE 158401(Servicio de teleasistencia).**  Si la acreditación la solicita **una persona auxiliar de ayuda a domicilio autónoma:**  Documentación acreditativa de su cualificación profesional.    Cartera de Servicios (en los términos de los artículos 6 y 7 de la Orden de 18/06/2013 citada)  Carta de Servicio (en los términos de los artículos 6 y 8 de la Orden de 18/06/2013 citada)  Copia del NIF/NIE, en el caso de que la persona interesada no haya autorizado expresamente a esta Consejería a comprobar los documentos acreditativos de identidad.  Otra documentación necesaria conforme a la normativa que le sea de aplicación:  -  -  - |

En      , a       de       de 20

Firma ( DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario

**SECRETARÍA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL**.

**DIR A08029623**