**150023**

Código SIACI

**SKOI**

Nº Procedimiento

**SOLICITUD DE CONVENIO UNIFICADO CON LAS ENTIDADES LOCALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** |
| **Persona jurídica:** |
|  |
| NIF [ ]  | Número de documento: |       |  |
|  |
| Razón social: |       |  |
|  |  |  |
| Domicilio:  |       |  |
|  |
| Provincia: |       |  | C.P.: |       |  |  Población: |       |  |
|  |
| Teléfono: |       |  | Teléfono móvil: |       |  | Correo electrónico: |       |  |
|  |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que se desea recibir el aviso de notificación, y en su caso, de pago** |

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

|  |
| --- |
| **NOTIFICACIÓN** |
| **La Entidad Solicitante 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** | Dirección General de Acción Social  |
| **Finalidad** | Suscripción de convenios de colaboración entre la Consejería competente en materia de servicios sociales y las Entidades locales de ámbito territorial inferior a la provincia para la prestación de Servicios Sociales de Atención Primaria. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y el Decreto 87/2016, de 27 de diciembre, por el que se unifica el marco de concertación con las Entidades Locales para la prestación de Servicios Sociales de Atención Primaria en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | No 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/0669>  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE:**Que de conformidad con lo establecido en la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, y en el Decreto 87/2016, de 27 de diciembre por el que se unifica el marco de concertación con las Entidades Locales para la prestación de Servicios Sociales de Atención Primaria en Castilla-La Mancha, modificado por el Decreto 30/2022, de 26 de abril.**SOLICITA: (marque lo que corresponda)**[ ]  Convenio para el desarrollo de las Prestaciones de Servicios Sociales de Atención Primaria en el marco del Plan Concertado[ ]  Convenio para el desarrollo de Prestaciones de Servicios Sociales de Atención Primaria en el ámbito Supramunicipal[ ]  Convenio específico para la Prestación de Ayuda a domicilio en el marco del Programa Regional de Acción Social (PRAS)Modificación del convenio en relación a: [ ]  Personal [ ]  Mantenimiento [ ]  Proyectos [ ]  Prestación de Ayuda a domicilio. |
|  |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO** |
| **Declaraciones responsables:**La persona abajo firmante, en representación de la entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:[ ]  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.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 Consejería de      .-Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .-Documento       presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      .***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.***La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud, todo ello de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:1º      2º      3º      **Documentación a aportar:**- [ ]  Documento acreditativo de que la persona solicitante es la representante legal de la entidad.- [ ]  Declaración responsable del cumplimiento de las determinaciones establecidas, en la normativa vigente, sobre accesibilidad e igualdad de oportunidades y no discriminación.- [ ]  Declaración responsable de que todo el personal propio o subcontratado cuenta con el certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales, exigido por el artículo 57 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia.- [ ]  Relación de personas usuarias de la Prestación de Ayuda a Domicilio, identificando el número de horas semanales asignadas por modalidad de lunes a sábados y/o domingos y festivos, para las Entidades Locales que solicitan por primera vez el desarrollo de la prestación.- [ ]  Informe de justificación de dotación o incremento de personal según Anexo I.- [ ]  Formulario de Proyecto/s a desarrollar, según Anexo II. |

|  |
| --- |
| **1. DESARROLLO DE PRESTACIONES TÉCNICAS****DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA** |
| **PRESUPUESTO** |
| **1.PERSONAL** |
| Nº | TITULACIÓN O CATEGORÍA | Nº DE HORASSEMANALES | PRESTACIÓN A LA QUE SE ADSCRIBE | COSTE TOTAL |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **TOTAL PERSONAL** |       |
| **2. MANTENIMIENTO** |
| Agua, Luz, teléfono y calefacción |       |
| Medios tecnológicos no inventariables |       |
| Gastos de kilometraje profesionales (Supramunicipal) |       |
| **TOTAL MANTENIMIENTO** |       |
| **3. PROYECTOS VINCULADOS A LAS PRESTACIONES** |
| **PROYECTO** | **COSTE** | **PRESTACIÓN A LA QUE SE ADSCRIBE** | **COSTE TOTAL** |
|       |       | **Información y Orientación** |       |
|       |       |
|       |       | **Estudio, valoración y acompañamiento** |       |
|       |       |
|       |       | **Atención a la familia o Unidad de Convivencia.** |       |
|       |       |
|       |       | **Ayuda a Domicilio** |       |
|       |       |
|       |       | **Alojamiento temporal para situaciones de urgencia social** |       |
|       |       |
|       |       | **Prevención y atención integral ante situaciones de exclusión social.** |       |
|       |       |
|       |       | **Fomento de la participación social en el ámbito comunitario.** |       |
|       |       |
| **TOTAL PROYECTOS** |       |
| **RESUMEN COSTE TOTAL** |
| **PERSONAL** |       |
| **MANTENIMIENTO** |       |
| **PROYECTOS** |       |
|  **COSTE TOTAL** |       |
| **APORTACIÓN ENTIDAD LOCAL EN PORCENTAJE** |       |

|  |
| --- |
| **MEMORIA DESCRIPTIVA DE LOS ESPACIOS O DEL CENTRO ESPECÍFICO DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA** |
| Nº TOTAL DE DESPACHOS: |       |
| CUANTIFICACIÓN DE DEPENDENCIAS (Marcar con X) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | + |
| DESPACHOS INDEPENDIENTES |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| SALAS POLIVALENTES |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| BAÑOS Y/O ASEOS |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| DESPACHOS CON CALEFACCIÓN Y/O REFRIGERACIÓN |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO (Marcar con X) | SI | NO |
| SEÑALIZACIÓN COORPORATIVA DEL ESPACIO |       |       |
| SERVICIO DE LIMPIEZA |       |       |
| SERVICIO DE CONSERJERÍA |       |       |
| SERVICIOS DE TELEFONÍA |       |       |
| SERVICIO DE INTERNET |       |       |
| BARRERAS(En caso afirmativo, detallar) |       |       |
|         |
| DEPENDENCIA PATRIMONIAL | AYUNTAMIENTO | JCCM | MIXTO |
|       |       |       |
| DESCRIPCIÓN DEL ESPACIO REFLEJANDO LAS VARIABLES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN:(Ruido, privacidad, luz, mobiliario….) |
|        |

|  |
| --- |
| **2. DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO** |
| **PRESUPUESTO** |
| **HORAS DE PRESTACIÓN DE AYUDA A DOMICILIO** |
| **PREVISIÓN NÚMERO DE HORAS** |
| **ATENCIÓN DE LUNES A SÁBADO** | **HORAS**      |
| **ATENCIÓN EN DOMINGOS Y FESTIVOS** | **HORAS**      |
| **COSTE REAL HORAS** |
| Coste real total horas de lunes a sábado | **TOTAL**      |
| Coste real total horas domingos y festivos | **TOTAL**      |
| **COSTE REAL TOTAL HORAS** |       |
| **KILOMETRAJE. (entidad de menos de 2.000 habitantes prestará Ayuda a Domicilio en los siguientes núcleos de población separados del municipio)** |
| **NUCLEO DE POBLACIÓN** | **DISTANCIA KM** | **NÚMERO DE DESPLAZAMIENTOS****(ida y vuelta)** | **TOTAL KILOMETROS** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Coste Km. |       |
| **COSTE TOTAL KILOMETRAJE** |       |

|  |
| --- |
| **RESUMEN COSTE TOTAL** |
| **HORAS** |       |
| **KILOMETRAJE** |       |
|  **COSTE TOTAL** |       |
|  **APORTACIÓN ENTIDAD LOCAL EN PORCENTAJE** |       |

|  |
| --- |
| **3. IMPORTE SOLICITADO** |
| **DESARROLLO PRESTACIONES** |
| **COSTE TOTAL** |       |
| **DESARROLLO PRESTACIÓN AYUDA A DOMICILIO** |
| **COSTE TOTAL** |       |
| **COSTE TOTAL SOLICITADO** |       |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN** |
|  |
| **Nombre de la entidad bancaria:** |       | **Dirección:** |       |  |
|  |  |  |  |
| **Nombre completo del titular de la cuenta:** |       |  |
|  |  |  |  |
| **Número de cuenta:** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** | **Código entidad** | **Sucursal** | **DC** | **Número de Cuenta** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |

Em      , a       de       de 20  .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE