



SOLICITUD DE
Autorización / Acreditación

REGISTRO DE ENTRADA

SERVICIO SOCIAL DE AYUDA A DOMICILIO

(Solicitud válida para Acreditaciones de Servicios Sociosanitarios de Rehabilitación)

1) **ENTIDAD** Titular Solicitante

*SA, SL, CB, SC, Autónomo...

Denominación Completa de la Entidad		Nombre en Siglas		NIF/cif	
Forma Jurídica*	Domicilio: calle, avda...	núm.	portal, escalera	piso, letra	
Municipio		Cód. Postal		Provincia	
Teléfono (FIJO)		Fax	Correo electrónico		

2) **REPRESENTANTE** de la Entidad

Apellidos y Nombre	NIF/DNI	Relación con la Entidad	Teléfono de Contacto
--------------------	---------	-------------------------	----------------------

3) **SOLICITA AUTORIZACIÓN DE...** (marcar "X")

<input type="checkbox"/> APERTURA Y FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/> ACREDITACIÓN (PARA ATENDER A BENEFICIARIOS DE LA LEY 39/2006, PARA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA)		
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE TITULARIDAD (↓)	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DOCUMENTOS (↓)	<input type="checkbox"/> SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (↓)	<input type="checkbox"/> CIERRE (↓)
<input type="radio"/> De Titular <input type="radio"/> De Forma Jurídica <input type="radio"/> De Nombre del Servicio <input type="radio"/> De Dirección Social/Fiscal	<input type="radio"/> Reglamento Régimen Interior <input type="radio"/> Modelo Contrato	<input type="radio"/> Comida a Domicilio (bandejas) <input type="radio"/> Lavandería a domicilio <input type="radio"/> Teleasistencia <input type="radio"/> Rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia)	AUTORIZACIÓN DE CIERRE DEL SERVICIO A PARTIR DE LA FECHA: ____ / ____ / ____

4) Identificación del **SERVICIO** de Ayuda a Domicilio

Denominación Completa del Servicio		Anagrama o Nombre en Siglas			
NIF/cif	Domicilio Oficina de Atención al Público: calle, avda...	núm.	portal, escalera	piso, letra	
Municipio		Cód. Postal		Provincia	
Teléfono (FIJO)		Fax	Correo electrónico		

5) **ÁMBITO DE ACTUACIÓN**:** Local Comarcal Provincial / Radio más de 50 Km. Regional

Indique los MUNICIPIOS / COMARCAS de actuación preferente**:

**Datos a efectos solo informativos: la autorización / acreditación se concede para toda la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

Firma del representante legal y sello de la entidad

Fdo.: _____

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Política Social le informa que los datos personales obtenidos mediante cumplimentación de este documento o de los que se requieran en la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme el procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos.

Dirija la Solicitud a:

-SEPAD (Consejería de Salud y Política Social). Unidad de Control de la Actividad Asistencial y Sistema de Información (3ª planta)
Avda. de las Américas, 4. CP 06800 MÉRIDA (Badajoz)

-Puede presentarla en la Consejería de Salud y Política Social, en cualquier registro de la Junta de Extremadura, en ayuntamientos con convenio de ventanilla única con la Junta de Extremadura, en oficinas de correos, con sobre abierto para sellar solicitud, y en todos los demás lugares establecidos en el art. 38, de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común.

-Información en: registro.sepad@juntaextremadura.es

DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN/ACREDITACIÓN DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO DE TITULARIDAD PRIVADA

Para la Autorización de Apertura y Funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Extremadura es necesario **que previamente se haya constituido o exista la entidad prestadora del servicio**, es decir, esté dada de alta en la Agencia Tributaria y el titular dado de alta en la Seguridad Social. La entidad debe **figurar como entidad de servicios sociales** en ambos casos. Estas altas no facultan para iniciar la actividad. Para esto es preciso la autorización de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

La solicitud también es válida para la acreditación de **servicios sociosanitarios de rehabilitación** para personas dependientes, es decir, para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia que puedan ofrecerse a . En estos casos, se debe añadir a la documentación que se relaciona a continuación la autorización sanitaria.

La solicitud es válida para solicitar **modificaciones de la autorización** de funcionamiento inicial, como cambios en la titularidad o en los documentos reguladores del servicio. También es la solicitud requerida para solicitar autorización de cierre del servicio. En todos los casos de modificación deberá adjuntar informe justificante del cambio, exponiendo las consecuencia del cambio sobre los usuarios, y los documentos necesarios para proceder a los cambios solicitados.

Una vez autorizado el funcionamiento del servicio, este no puede darse por finalizado si no se autoriza su **cierre**. Para ello es preciso comunicar la solicitud con antelación al cierre, exponiendo las causas del cierre, y presentando un plan de cierre que prevea la situación de los usuarios tras el cierre, o certificando que no se cuenta con ningún usuario y que no se ha forzado al abandono del servicio a ningún usuario con el fin de suprimir el servicio.

A. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

1. Documento acreditativo de la personalidad del **Solicitante** (NIF, NIE...) y, en su caso, de la representación que ostente cuando se trate de personas jurídicas.
2. Cuando se trate de personas jurídicas, copia compulsada de *la inscripción* de la entidad titular en el correspondiente **Registro Oficial**, y escritura o documento de constitución o acto fundacional, o modificación del mismo, y de *los estatutos* de la entidad titular que constan en ese Registro.
3. Fotocopia compulsada de la inscripción del titular (o titulares) en la **Seguridad Social**, y de los trabajadores, en la actividad 8811 o 8812, referida a "*Servicios sociales sin alojamiento*".
4. Copia compulsada de la *Declaración Censal* de Alta, Modificación y Baja (modelo 036/Epígrafe 952 –actividad "*Asistencia y servicios sociales para minusválidos y ancianos en centros no residenciales*") de la

Agencia Estatal de la Administración Tributaria y de la Tarjeta de Identificación Fiscal de la entidad.

5. **Reglamento de Régimen Interior** del servicio, que especifique la definición del servicio (conforme a las definiciones la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia); perfil de los usuarios; modalidades de servicio; servicios complementarios; ubicación de la entidad y de sus oficinas de atención al público; ámbito de actuación; horario de los servicios; derechos y deberes de los usuarios y de la entidad; condiciones de ingreso en los servicios; causas de pérdida de la condición de usuario; formas de pago de los servicios (periodos, fecha, y forma de pago; resolución de incidencias por baja voluntaria y forzosa, ausencias temporales -como vacaciones y hospitalizaciones-; sistemas de revisión de los precios; contenido de los expedientes para el registro de las incidencias de los usuarios y garantías de protección de los datos personales; modelo de programa de atención individualizada y protocolos previstos, modo de participación de los usuarios en la prestación del servicio y canales para expresar quejas y sugerencias.
6. **Modelo de Contrato** a suscribir entre la entidad y los usuarios o sus representantes legales, que no entre en contradicción con el Reglamento de Régimen Interior, y que recoja como mínimo los siguientes datos: Identificación de la entidad prestadora del servicio; identificación del gestor del servicio, cuando no coincida con el titular de mismo; identificación del usuario; relación de los servicios detallados que va a prestar la entidad, y su frecuencia diaria y mensual; horario de la prestación del servicio; precio de los servicios contratados por hora y referencia a la Tarifa de Precios visada por el SEPAD; aceptación del usuario de las condiciones del Reglamento de Régimen Interior; condiciones para la rescisión del contrato.
7. **Tarifa de Precios** del servicio para el año en curso, según formulario normalizado del SEPAD (www.sepad.es, en apartado ENTIDADES), especificando Precio x Hora del servicio básico de ayuda a domicilio y el precio de cada servicio complementario opcional para el usuario según la unidad de temporal que se establezca.
8. **Libro de Registro de Usuarios**, con folios numerados, que deberá contener: identificación de la entidad titular y del servicio, número de orden de la página, fecha de alta en el servicio, nombre y apellidos del usuario, sexo, fecha de nacimiento, DNI, dirección, teléfono, familiar de contacto –dirección y teléfono-, reconocimiento oficial de la situación de dependencia con grado y nivel, tarifa de precios acordada o modificada, fecha y causa de baja. El libro debe estar encuadernado, de tal manera que no puedan retirarse las hojas sin romperlas. Por lo tanto, no son válidos los libros de anillas o con gusanillos. Suelen presentarse libros de 100 páginas, que pueden coincidir o no con cien usuarios. No obstante, no existe limitación de páginas. Tenga en cuenta que cuando se complete el libro deberá enviar a la Consejería un nuevo libro para su visado.
9. **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil vigente**, que dé cobertura a los siniestros y a la responsabilidad civil en que pueda incurrir el titular de la entidad en la prestación del servicio por los daños causados a terceros, incluidos los usuarios. En consecuencia, el seguro debe abarcar explícitamente la actividad solicitada.

Para que la vigencia del seguro sea efectiva debe presentarse copia compulsada del recibo de pago del seguro correspondiente a la

anualidad en curso antes de la autorización. Puede presentar el recibo de pago del seguro con la solicitud, o bien esperar al final de la tramitación de la solicitud, cuando todo esté preparado para la autorización, con el fin de que no se tenga que pagar el seguro mientras no se presta el servicio. En este último caso, se le requerirá por correo ordinario el justificante de pago del seguro, aunque esto conlleva el retraso en la resolución de los días de aviso por correo y del envío del documento.

En el caso de los centros y servicios de atención a personas con discapacidad prestados por entidades sin fin de lucro, las cuantías mínimas a asegurar para cada usuario se regirán por lo establecido en el decreto 151/2006, de 31 de julio.

10. Compromiso escrito de poner a disposición de los usuarios y de sus representantes legales las **Hojas de Reclamaciones**, según el decreto 144/2006, de 25 de julio (DOE nº 90, 1-8-2006).

B. SOLICITUD DE ACREDITACIÓN

- Documento del **Compromiso de Cumplimiento de los Requisitos de Calidad** anexo, materiales, funcionales y de personal según se establezca en la normativa de los estándares de calidad para la acreditación de los servicios dirigidos a la atención de personas en situación de dependencia (Véase Resolución de 2/12/2008, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación, BOE 303, de 17/12/2008).
- Modelo de **Ficha Sociosanitaria de Seguimiento** de los cuidados personales, a rellenar por la Auxiliar de Ayuda a Domicilio, que permita registrar a) las incidencias relativas al estado funcional del usuario en capacidad para la *movilidad* y pérdidas de movilidad, incidencia y prevención de *úlceras de piel*, necesidad de cambios posturales, *incontinencia*, enfermedades, tratamientos relacionados con los cuidados, discapacidad y peticiones del usuario sobre la atención; b) las incidencias vitales de los usuarios: *fallecimiento, hospitalización y accidentes* (caídas y otros accidentes durante el tiempo de los cuidados), y otros aspectos sociosanitarios relevantes para una correcta atención individualizada de cada usuario (dieta especial, uso de prótesis, dolencias, alergias, etc.), evitando información que no sea imprescindible.
- Descripción de la oficina de atención al público (ubicación, espacio, equipamiento).

DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN PARA PRESTAR SERVICIOS A PERSONAS CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

De conformidad con lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, para que las entidades proveedoras de servicios sociales puedan prestar atención a personas en situación de dependencia, y para que éstas puedan percibir la prestación económica vinculada para la adquisición de un servicio de atención, el servicio debe acreditarse, garantizando unos estándares de calidad fijados en la normativa.

ENTIDAD SOLICITANTE:

Denominación		CIF	
Domicilio		Nº	Piso
Localidad	Provincia		CP
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	

proveedora de **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO** en la Comunidad Autónoma de Extremadura,

SOLICITA:

ACREDITACIÓN para atender a personas con reconocimiento oficial de la situación de dependencia, y para ello:

ACEPTA cumplir en su Servicio de Ayuda a Domicilio los criterios establecidos en la normativa, y que pueda establecer, por la Comunidad Autónoma en relación a los estándares de calidad para atender a este tipo de personas, y en su defecto, aquellos que fije el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, tanto en recursos materiales como funcionales, cumpliendo con el número de profesionales por usuario que se fije, con las titulaciones o cualificación requerida del personal, con la intensidad del servicio, equipamiento necesario, protocolos, documentación, con medidas de evaluación del servicio y de información a los usuarios vigentes; y manifiesta conocer que el incumplimiento de estos requisitos de calidad supone la suspensión o revocación de la acreditación del Servicio.

En _____ a _____ de _____ 20____

Firma y Sello de la Entidad