ºAUTORIZACION FUNCIONAMIENTO SERVICIO

GOBIERNO DE CANTABRIA

CONSEJERIA DE EMPLEO Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES

Don/Doña: _____
(Titular ó representante legal)

☐ En su propio nombre y representación

☐ Como representante de la Entidad: _____

_____
(Nombre completo de la Entidad)

Domiciliado en:_____ C.P._____
(Domicilio de la Entidad ó Persona física)

Municipio: _____ Teléfono:_____

Fax:_____ e-mail_____

Con C.I.F. / D.N.I. nº: _____

SOLICITA DE V.I:

En virtud del DECRETO Nº 40/08, de 17 de abril, por el que se regulan la autorización, la acreditación, el registro y la inspección de entidades, servicios y centros de Servicios Sociales de la C. A. de Cantabria.(B.O.C. nº 83 de 29 de abril de 2008)

☐ Autorización de Funcionamiento, para _____
(Indique una de las siguientes opciones:
Implantación del Servicio, Modificación del Servicio.)

<u>Servicio para el que se solicita la Autorización</u>

Nombre:_____
(Conforme a la tipología recogida en el reverso)

Ámbito de actuación:
☐ **Domicilio**
☐ **Centro Asistencial**
☐ **Mixto**

Santander…... de……..… de 200

Fdo.: …….

ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE POLÍTICAS SOCIALES

TIPOS DE SERVICIOS SOCIALES *(Artículo 4 del Decreto)*

☐ **AYUDA A DOMICILIO:** DESTINADO A REALIZAR ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL, PRESTACIÓN DE APOYOS PARA EL CUIDADO DEL HOGAR, LA INSERCIÓN SOCIAL, Y CUANTOS OTROS DE SIMILAR NATURALEZA QUE PROMUEVAN LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA PERMANENCIA EN EL ENTORNO.

☐ **COMIDA A DOMICILIO:** TIENE COMO FINALIDAD EL SUMINISTRO DE COMIDAS PREPARADAS A DOMICILIO A PERSONAS QUE POR RAZÓN DE UNA PÉRDIDAD DE AUTONOMÍA FÍSICA. PSÍQUICA O SENSORIAL SE ENCUENTRAN CON DIFICULTAD ECONÓMICA O FUNCIONAL PARA PROCURÁRSELA POR SI MISMAS.

☐ **TELEASISTENCIA:** SERVICIO DE ATENCIÓN PERMANENTE EN PREVISIÓN DE SITUACIONES DE EMERGENCIA, MEDIANTE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ININTERRUMPIDA, QUE ESTÁ DIRIGIDO A PERSONAS CON AUTONOMÍA LIMITADA QUE VIVEN O PASAN GRAN PERTE DEL TIEMPO SOLAS.

☐ **ALOJAMIENTO SUPERVISADO:** TENDENTE A PROPORCIONAR UN HOGAR SUSTITUTORIO Y UN APOYO PARA LA VIDA INDEPENDIENTE A PERSONAS DOTADAS DE SUFICIENTE AUTONOMÍA PARA ORGANIZAR SU VIDA DIARIA.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

C- FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO	
☐	SOLICITUD
☐	DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DEL SOLICITANTE
☐	**PERSONA FÍSICA**: DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
☐	**PERSONA JURÍDICA**: ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN, ESTATUTOS Y CERTIFICACIÓN DE LOS ACUERDOS EN RELACIÓN CON LA AUTORIZACIÓN SOLICITADA Y LA REPRESENTACIÓN LEGAL
☐	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO
☐	**SIN ÁNIMO DE LUCRO:** REGISTRO DE ASOCIACIONES, FUNDACIONES, COOPERATIVAS O AQUEL EN EL QUE HAYAN DE INSCRIBIRSE SEGÚN SU NORMATIVA PROPIA
☐	**CON ÁNIMO DE LUCRO:** REGISTRO MERCANTIL
☐	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL **(C.I.F.)**
☐	MEMORIA EXPLICATIVA, QUE DEBE CONTENER
☐	OBJETIVOS
☐	METODOLOGÍA
☐	FINANCIACIÓN
☐	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
☐	PERFIL DEL SECTOR DE LA POBLACIÓN
☐	CAPACIDAD ASISTENCIAL
☐	PROYECTO DE EQUIPAMIENTO
☐	DETERMINACIÓN DE LA ENTIDAD GESTORA, CUANDO SEA DISTINTA DE LA DEL TITULAR
☐	NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO
☐	COPIA DEL REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR
☐	ALTA DEL TITULAR Ó DE LA EMPRESA GESTORA EN LA SEGURIDAD SOCIAL
☐	PROYECTO DE PLANTILLA DE PERSONAL CON ESPECIFICACIÓN DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL
☐	COPIA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
☐	DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL ABONO DE LA TASA