

## MOD-1. SOLICITUD DE CONCIERTO SOCIAL

### DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

Nombre de la Entidad	CIF	Núm. SS
Domicilio social	CP	Población
Nombre y apellidos del representante legal	NIF	Tel.
Correo electrónico representante legal	Correo electrónico entidad	

### SERVICIO Y TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA EL CONCIERTO

(Un servicio y tipo de discapacidad por solicitud)

#### Tipo de servicio

Servicio de atención integral y de promoción de la autonomía Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional Servicio de habilitación y terapia ocupacional Servicio de centro de día Servicio ocupacional Servicio de residencia Servicio de vivienda supervisada Servicio de apoyo en la vivienda Servicio de función tutelar
---

#### Tipo discapacidad principal

Auditiva Física Discapacidad física por trastorno inmunológico Intelectual y/o del desarrollo
--

### NÚMERO DE PLAZAS

<b>NÚMERO TOTAL DE PLAZAS SOLICITADAS en el actual concierto</b>
<b>PLAZAS CONCERTADAS CON ANTERIORIDAD</b> (SUBVENCIONADAS, CONTRATADAS O CONCERTADAS en los 30 días previos a la presente convocatoria)
<b>PLAZAS AUTORIZADAS EN LOS CENTROS AUTORIZADOS A PRESTAR EL SERVICIO</b>
<b>PLAZAS DISPONIBLES PARA ATENDER URGENCIAS</b> (En caso de que la entidad esté interesada en atender hasta el 5% de plazas a urgencias para aplicar el arraigo en la próxima ampliación. Las urgencias tendrán que ser validadas por el IMAS)

#### OBSERVACIONES:

- Para el servicio complementario de transporte social, las plazas se solicitarán a petición del IMAS.
- Para la modalidad de alta intensidad, las plazas se solicitarán a petición del IMAS y se realizará una valoración de acuerdo con los criterios establecidos en los pliegos de concertación y en el procedimiento de acceso y gestión de la lista de espera.
- Para el complemento por necesidades extraordinarias de apoyo conductual o médico, las plazas se solicitarán a petición del IMAS y se realizará una valoración de acuerdo con los criterios establecidos a los pliegos de concertación y al procedimiento de acceso y gestión de la lista de espera, así como de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria.

La entidad solicitante, mediante la presentación de esta solicitud y exclusivamente en el supuesto de que resulte adjudicataria de las plazas solicitadas en el marco de esta convocatoria y que, además, tenga suscrito un concierto previo en vigor con el IMAS por las mismas plazas, servicios y tipos de discapacidad, RENUNCIA expresamente al anterior concierto con efecto desde la fecha de inicio de la nueva concertación objeto de esta convocatoria, lo cual se comunica al IMAS para los efectos oportunos.

Por todo lo anterior, SOLICITO concertación del servicio por el número de plazas totales indicadas y una vigencia máxima de 12 meses.

Palma, a        de        de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

**DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

## MOD-2. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SOLVENCIA TÉCNICA Y EXPERIENCIA PARA CONCERTAR

### DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

Nombre de la Entidad	CIF	Núm. Serv.Soc.
Domicilio social	CP	Población
Nombre y apellidos del representante legal	NIF	Tel.
Correo electrónico representante legal	Correo electrónico entidad	

### SERVICIO Y TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA EL CONCIERTO

(Un servicio y tipo de discapacidad por solicitud)

#### Tipo de servicio

Servicio de atención integral y de promoción de la autonomía
Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional
Servicio de habilitación y terapia ocupacional
Servicio de centro de día
Servicio ocupacional
Servicio de residencia
Servicio de vivienda supervisada
Servicio de apoyo en la vivienda
Servicio de función tutelar

#### Tipo discapacidad principal

Auditiva
Física
Discapacidad física por trastorno inmunológico
Intelectual y/o del desarrollo

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad

DECLARA, bajo su responsabilidad:

1. Que el servicio ha solicitado la acreditación, y que se presenta una declaración responsable de cumplimiento de los requisitos de acreditación establecidos en el Reglamento del Consejo de Mallorca por el cual se regula el funcionamiento de los servicios sociales para personas con discapacidad incluidos en la cartera insular de servicios sociales y se establecen los requisitos de autorización y acreditación (BOIB N.º 21, de 15 de febrero de 2018).
2. Que la entidad a concertar tiene más de un año de experiencia en la prestación del servicio y perfil de personas usuarias objeto de este concierto, poniendo a disposición del IMAS toda la documentación que sea requerida en la entidad a efectos de comprobación (documentos de facturación del servicio, de contratación del personal u otros documentos justificativos).
3. Que el servicio a concertar cumple con el resto de los requisitos establecidos en la convocatoria.

Palma, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

**DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

## MOD-3. DECLARACIÓN DE SOLVENCIA FINANCIERA PARA CONCERTAR

### DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

Nombre de la Entidad	CIF	Núm. SS
Domicilio social	CP	Población
Nombre y apellidos representante legal	NIF	Tel.
Correo electrónico representante legal	Correo electrónico entidad	

### SERVICIO Y TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA EL CONCIERTO

(Un servicio y tipo de discapacidad por solicitud)

#### Tipo de servicio

Servicio de atención integral y de promoción de la autonomía
Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional
Servicio de habilitación y terapia ocupacional
Servicio de centro de día
Servicio ocupacional
Servicio de residencia
Servicio de vivienda supervisada
Servicio de apoyo en la vivienda
Servicio de función tutelar

#### Tipo de discapacidad principal

Auditiva
Física
Discapacidad física por trastorno inmunológico
Intelectual y/o del desarrollo

El Sr./Sra.

, como representante legal de la entidad

DECLARA, bajo su responsabilidad que acredita la solvencia económica y financiera con uno de los siguientes medios:

Últimas cuentas anuales presentadas en el Registro Mercantil o en el registro oficial que corresponda, que acredita que los fondos propios de la entidad o empresa son de 100.000 € o más en el último ejercicio cerrado.

Declaración sobre el volumen global de negocios en el ámbito de actividades correspondiente al objeto y prestaciones del servicio a concertar de acuerdo con los pliegos de concertación, respecto al último ejercicio disponible.

Justificante de la existencia de una póliza de seguros de responsabilidad civil que cubra la indemnización por riesgos (profesionales, de atención a las personas u otros), por un importe igual o superior al exigido en los pliegos de concertación. Este justificante se acredita intermediando a) un certificado expedido por el asegurador en el que consten los importes y riesgos asegurados y la fecha de vencimiento del seguro, y b) un documento de compromiso vinculante de suscripción, prórroga o renovación, en los casos que proceda, para garantizar la cobertura en toda la duración del concierto.

Palma, a de de 2021

(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

**DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

## MOD-4. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO INCURRIR EN PROHIBICIONES PARA CONCERTAR

### DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

Nombre de la entidad	CIF	Núm. SS
Domicilio social	CP	Población
Nombre y apellidos representante legal	NIF	Tel.
Correo electrónico representante legal	Correo electrónico entidad	

### SERVICIO Y TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA EL CONCIERTO

(Un servicio y tipo de discapacidad por solicitud)

#### Tipo de servicio

Servicio de atención integral y de promoción de la autonomía  
Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional  
Servicio de habilitación y terapia ocupacional  
Servicio de centro de día  
Servicio ocupacional  
Servicio de residencia  
Servicio de vivienda supervisada  
Servicio de apoyo en la vivienda  
Servicio de función tutelar

#### Tipo de discapacidad principal

Auditiva  
Física  
Discapacidad física por trastorno inmunológico  
Intelectual y/o del desarrollo

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad

DECLARA, bajo su responsabilidad:

1. Que la entidad no está incluida en ninguno de los supuestos de prohibición para ser beneficiaria de subvenciones que establece el artículo 8 de la Ordenanza general de subvenciones del Consejo de Mallorca (BOIB n.º 21, de 18 de febrero de 2017).
2. Que la entidad no está sometida a las prohibiciones de contratar con la Administración, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, ni a ninguno de los supuestos previstos en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, general de subvenciones, o a la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, general tributaria.
3. Que la entidad no incurre en ninguna de las prohibiciones que establece el artículo 11 de la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres.

4. Que la entidad no ha sido sancionada durante los últimos 4 años mediante resolución firme por la comisión de infracciones graves o muy graves en materia de relaciones laborales, ocupación, seguridad social, emigración, movimientos migratorios y ocupación de extranjeros.

Palma, a            de            de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

## **DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

## MOD-5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTAR INFORMACIÓN DE OTRAS ADMINISTRACIONES A EFECTOS DE CONCERTACIÓN SOCIAL

### DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

Razón social de la entidad	CIF
Nombre y apellidos del representante legal	NIF

*El artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, general tributaria permite, previa autorización de la persona interesada, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones.*

*De conformidad con el Artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los interesados no están obligados a aportar los datos o documentos que puedan ser consultados mediante las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos.*

*Este consentimiento se entiende otorgado por el interesado siempre y cuando no manifieste su oposición expresa o que la ley especial aplicable requiera un consentimiento expreso.*

### SERVICIO Y TIPO DE DISCAPACIDAD PARA LA CUAL SE SOLICITA EL CONCIERTO SOCIAL

(Un servicio y tipo de discapacidad por solicitud)

#### Tipo de servicio

Servicio de atención integral y promoción de la autonomía  
 Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional  
 Servicio de habilitación y terapia ocupacional  
 Servicio de centro de día  
 Servicio ocupacional  
 Servicio de residencia  
 Servicio de vivienda supervisada  
 Servicio de apoyo en la vivienda  
 Servicio de función tutelar

#### Tipo de discapacidad principal

Auditiva  
 Física  
 Discapacidad física por trastorno inmunológico  
 Intelectual y/o del desarrollo  
 Psíquica por trastorno mental

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad

AUTORIZA al Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales con CIF: Q0700448D, a consultar de forma telemática los datos de la entidad en otras administraciones públicas, y al tratamiento y conservación de la respuesta recibida de los servicios de intermediación:

AUTORIZO	CONSULTAR LOS DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTAR AL CORRIENTE DE LAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS
NO AUTORIZO	

AUTORIZO	CONSULTAR LOS DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTAR AL CORRIENTE EN LAS OBLIGACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (servicio de consulta Q2827003ATGSS001 de la TGSS)
NO AUTORIZO	

**En caso de no autorizar alguna de estas consultas, se debe aportar con la periodicidad que el IMAS requiera, la documentación oficial original y/o copia para que conste en el expediente administrativo. En cualquier momento pueden formular su oposición a la consulta telemática de los datos autorizados. Esta oposición se debe manifestar por escrito.**

Palma, a                      de                      de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

## **DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

## MOD-6. DECLARACIÓN DE PLAZAS OCUPADAS CON ANTERIORIDAD EN EL SERVICIO DE CENTRO DE DÍA

### DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

Razón social de la entidad	CIF
Nombre y apellidos del representante legal	NIF

### SERVICIO Y TIPO DE DISCAPACIDAD PARA EL CUAL SE SOLICITA EL CONCIERTO SOCIAL

(Un servicio y tipo de discapacidad por solicitud)

#### Tipo de servicio

Servicio de centro de día
---------------------------

#### Tipo de discapacidad principal

Intelectual y/o del desarrollo
Física
Física por trastorno inmunológico

**Relación de plazas y personas en el servicio indicado** (una declaración por cada servicio a concertar)

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad

DECLARA, bajo su responsabilidad:

1. Que el servicio tiene \_\_\_\_\_ plazas autorizadas, \_\_\_\_\_ plazas concertadas y \_\_\_\_\_ plazas ocupadas por procedimiento de urgencia social.
2. Que el servicio ha atendido en el último mes a \_\_\_\_\_ personas, tal como consta en la factura presentada al IMAS.

*[Servicio de centro de día]:* Que del total de personas atendidas, \_\_\_\_\_ personas tienen una ocupación al 100% de la plaza; \_\_\_\_\_ personas tienen una ocupación a 2/3 y \_\_\_\_\_ personas tienen una ocupación a 1/3.

*[Servicios de centro de día con transporte social]:* Que del total de personas atendidas, \_\_\_\_\_ personas utilizan el servicio de transporte. De estas, \_\_\_\_\_ personas utilizan transporte centro de día; acompañamiento transporte. Además, de las personas usuarias de transporte centro de día, a \_\_\_\_\_ personas les corresponde complemento por transporte rural y a \_\_\_\_\_ complemento por transporte adaptado (solo indicar movilidad reducida).

Palma, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a la persona interesada que los datos facilitados serán incluidos en el fichero automatizado del Registro de documentos y archivos informáticos para su tratamiento en la Dirección Insular de Personas con Discapacidad, del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales. Así mismo, se informa de la obligación de la persona y la entidad interesada de comunicar a la Dirección Insular de Personas con Discapacidad del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales cualquier modificación de estos datos. También se informa a la persona interesada de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos incluidos en la legislación vigente, mediante escrito presentado en el Registro del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales.

## DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

## MOD-8. SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE CENTRO DE DIA PARA EL MES DE AGOSTO

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad \_\_\_\_\_ DECLARA, bajo su responsabilidad que las personas que a continuación se detallan:

a) Son usuarias del servicio de centro de día y no son usuarias de ningún tipo de servicio residencial.

b) Han recibido una valoración psicosocial, que se adjunta, mediante la cual se establece la conveniència por las necesidades de apoyo de la persona o por las necesidades sociales y familiares, utilizar el servicio de centro de día durante el mes de agosto.

c) Que la relación de las personas para las que se solicita la ampliación es la siguiente:

1		21	
2		22	
3		23	
4		24	
5		25	
6		26	
7		27	
8		28	
9		29	
10		30	
11		31	
12		32	
13		33	
14		34	
15		35	
16		36	
17		37	
18		38	
19		39	
20		40	

Palma, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

D'acord amb el previst a la Llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la persona interessada dóna el seu consentiment a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) perquè tracti les dades facilitades en el marc d'aquesta sol·licitud amb la finalitat de la tramitació i gestió d'aquesta convocatòria de concertació així com, si escau, el seguiment posterior de la seva concessió. L'exercici dels drets previstos a la normativa de protecció de dades de caràcter personal es podran realitzar davant el Registre general de l'IMAS, carrer General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

### DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT

C/ General Riera nº67 07010 Palma de Mallorca Telèfon: 971763325 / Fax: 971760475  
<http://www.iasmallorca.es>

## MOD-9. SOLICITUD SERVICIO DE TRANSPORTE SOCIAL

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad \_\_\_\_\_ DECLARA, bajo su responsabilidad que las personas que a continuación se detallan:

- a) Son usuarias del centro de día i no son usuarias de ningún servicio residencial en la misma ubicación del centro de día.
- b) La asignación de estas plazas de transporte se lleva a término aplicando como criterio de preferència la antigüedad de las personas en el servicio de centro de día.
- c) Que la relación de estas personas para las que se solicita transporte es la siguiente:
- d) Tipo de transporte:

**TCD:** Transporte centro de día

**TA:** Transporte adaptado (silla de ruedas o apoyo excepcional asignado)

**TC:** Transporte rural

	Persona usuaria		Tipo transporte		
	Apellidos, nombre	DNI	TCD	TA	TR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

	Persona usuaria		Tipo transporte		
	Apellidos, nombre	DNI	TCD	TA	TR
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

	Persona usuaria		Tipo transporte		
	Apellidos, nombre	DNI	TCD	TA	TR
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					

	TCD	TA	TR
<i>TOTAL DE PERSONAS USUARIAS DE TRANSPORTE</i>			

(en caso de ser un número superior de personas, añadir más hojas a esta relación).

Palma, a      de      de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

**DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT**

## MOD-10. SOLICITUD APOYO EXCEPCIONAL

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad \_\_\_\_\_ DECLARA, bajo su responsabilidad que las personas que:

- a) Las personas que a continuación se detallan tienen una plaza concertada en el servicio de centro de día de la entidad.
- b) Las personas han sido valoradas de acuerdo al procedimiento de acceso y gestión de la lista de espera del IMAS, que incluye una hoja de solicitud individual.
- c) La relación de las personas para las que se solicita apoyo excepcional es la siguiente:

### Tipos de apoyo excepcional:

**COND:** Conductual

**MED:** Médico

#### Persona usuaria

	Apellidos y nombre	DNI	COND	MED
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

- d) Junto a esta relación se adjuntan las solicitudes individuales con núm. de registro de entrada al IMAS.
- e) La asignación de estos apoyos queda supeditada a la valoración realizada por el IMAS y a la inclusión de la persona a la lista de espera para la asignación del apoyo.

(en caso de ser un número superior de personas, añadir más hojas a esta relación).

Palma, a      de      de 2021  
(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

## **DIRECCIÓ INSULAR DE PERSONES AMB DISCAPACITAT**

**MOD.- 11. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DEL SERVICIO PARA FORMAR PARTE DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS SOCIALES A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE MALLORCA DEL INSTITUTO MALLORQUÍN DE ASUNTOS SOCIALES Y OPTAR A LA CONCERTACIÓN SOCIAL.**

**Entidad**

Nombre de la Entidad	CI F	Núm. reg. Servicios Sociales
Domicilio social	CP	Población
Correo electrónico	Tel .	Fax

**Representante legal de la entidad**

Nombre y apellidos		NIF
Domicilio	CP	Población
Correo electrónico	Tel .	Fax

**Domicilio a efectos de notificaciones**

Domicilio de la entidad       Domicilio representante legal

**Servicio objeto de la declaración responsable**

- Servicio de centro de día para personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo
- Servicio de centro de día para personas con discapacidad física
- Servicio de centro de día para personas con discapacidad orgánica

**Centros autorizados para prestar el servicio**

Nombre centro 1:	Núm. Autorización	exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP		Teléfono
Nombre centro 2:	Núm. Autorización	exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP		Teléfono
Nombre centro 3:	Núm. Autorización	exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP		Teléfono
Nombre centro 4:	Núm. Autorización	exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP		Teléfono
Nombre centro 5:	Núm. Autorización	exp.	Fecha autorización

Domicilio	CP	Teléfono
Nombre centro 6:	Núm. Autorización exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP	Teléfono
Nombre centro 7:	Núm. Autorización exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP	Teléfono
Nombre centro 8:	Núm. Autorización exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP	Teléfono
Nombre centro 9:	Núm. Autorización exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP	Teléfono
Nombre centro 10:	Núm. Autorización exp.	Fecha autorización
Domicilio	CP	Teléfono

## Declaración responsable

El Sr./La Sra. \_\_\_\_\_, como representante legal de la entidad \_\_\_\_\_, DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

- a) Que los datos contenidos en este documento son ciertos.
- b) Que el servicio de la entidad que represento cumple con los requisitos de acreditación establecidos en los artículos 75, 76, 77, 78 y 79 relativos a la acreditación, así como con el resto de artículos del Título IV (Acreditación), tanto a la fecha de esta declaración responsable como durante toda su vigencia durante el plazo máximo de 12 meses .
- c) Que desde cualquiera de los centros que forman parte del servicio se ponen a disposición del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales todos los documentos y medios necesarios para evidenciar los cumplimiento de los requisitos de acreditación, así como del proceso de adaptación a los nuevos requisitos de autorización y de, si corresponde, los requisitos establecidos a los pliegos de concertación.

Palma, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

(firma del/la representante legal de la entidad titular del servicio)

De acuerdo con el previsto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la persona interesada da su consentimiento en el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (\*IMAS) para que trate los datos facilitados en el marco de esta solicitud con el fin de la tramitación y gestión de esta convocatoria de concertación así como, si procede, el seguimiento posterior de su concesión. El ejercicio de los derechos previstos a la normativa de protección de datos de carácter personal se podrán realizar ante el Registro general del IMAS, calle General Riera, 67, 07010 de Palma de Mallorca.

## DIRECCIÓN INSULAR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

C/ General Riera nº67 07010 Palma de Mallorca Telèfon: 971763325 / Fax: 971760475  
<http://www.imasmallorca.es>