

## MOD-1. SOL·LICITUD DE CONCERT SOCIAL

### DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

|                                      |                           |          |
|--------------------------------------|---------------------------|----------|
| Nom de l'Entitat                     | CIF                       | Núm. SS  |
| Domicili social                      | CP                        | Població |
| Nom i llinatges representant legal   | NIF                       | Tel.     |
| Correu electrònic representant legal | Correu electrònic entitat |          |

### SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

#### Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia  
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional  
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional  
Servei de centre de dia  
Servei ocupacional  
Servei de residència  
Servei d'habitatge supervisat  
Servei de suport a l'habitatge  
Servei de funció tutelar

#### Tipus discapacitat principal

Auditiva  
Física  
Discapacitat física per trastorn immunològic  
Intel·lectual i/o del desenvolupament

### NOMBRE DE PLACES

|   |
|---|
| <b>NÚMERO TOTAL DE PLACES SOL·LICITADES al present concert</b>  |
| <b>PLACES CONCERTADES AMB ANTERIORITAT</b> (SUBVENCIONADES, CONTRACTADES O CONCERTADES en els 30 dies previs a la present convocatòria)   |
| <b>PLACES AUTORIZADES ALS CENTRES AUTORIZATS PER A PRESTAR EL SERVEI</b>  |
| <b>PLACES DISPONIBLES PER ATENDRE URGÈNCIES</b> (En cas de que l'entitat estigui interessada en atendre fins al 5% de places per a urgències per aplicar l'arrelament a la propera ampliació. Les urgències hauran de ser validades per l'IMAS) |

#### OBSERVACIONS:

- Per al servei complementari de transport social, les places es sol·licitaran a petició de l'IMAS.
- Per a la modalitat d'alta intensitat, les places es sol·licitaran a petició de l'IMAS i es realitzarà una valoració d'acord amb els criteris establerts als plecs de concertació i al procediment d'accés i gestió de la llista d'espera.
- Per al complement per necessitats extraordinàries de suport conductual o mèdic, les places es sol·licitaran a petició de l'IMAS i es realitzarà una valoració d'acord amb els criteris establerts als plecs de concertació i al procediment d'accés i gestió de la llista d'espera, així com d'acord amb la disponibilitat pressupostària.

L'entitat sol·licitant, mitjançant la presentació d'aquesta sol·licitud i exclusivament en el cas que resulti adjudicatària de les places sol·licitades en el marc d'aquesta convocatòria i que, a més, tingui subscrit un concert previ en vigor amb l'IMAS per les mateixes places, serveis i tipus de discapacitat, RENUNCIA expressament a l'anterior concert amb efectes des de la data d'inici de la nova concertació objecte d'aquesta convocatòria, la qual cosa es comunica a l'IMAS als efectes oportuns.

Per tot el qual, SOL·LICIT la concertació del servei pel nombre de places totals indicades i una vigència màxima de 12 mesos.

Palma, a        de        de 2021  
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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**

## MOD-2. DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SOLVÈNCIA TÈCNICA I EXPERIÈNCIA PER CONCERTAR

### DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

|                                      |                           |                |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
| Nom de l'Entitat                     | CIF                       | Núm. Serv.Soc. |
| Domicili social                      | CP                        | Població       |
| Nom i llinatges representant legal   | NIF                       | Tel.           |
| Correu electrònic representant legal | Correu electrònic entitat |                |

### SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

#### Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia  
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional  
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional  
Servei de centre de dia  
Servei ocupacional  
Servei de residència  
Servei d'habitatge supervisat  
Servei de suport a l'habitatge  
Servei de funció tutelar

#### Tipus discapacitat principal

Auditiva  
Física  
Discapacitat física per trastorn immunològic  
Intel·lectual i/o del desenvolupament

El Sr./Sra.

, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat:

1. Que el servei ha sol·licitat l'acreditació, i que es presenta una declaració responsable de compliment dels requisits d'acreditació establerts al Reglament del Consell de Mallorca pel qual es regula el funcionament dels serveis socials per a persones amb discapacitat inclosos en la cartera insular de serveis socials i s'estableixen els requisits d'autorització i acreditació (BOIB Núm. 21, de 15 de febrer de 2018).
2. Que l'entitat a concertar té més d'un any d'experiència en la prestació del servei i perfil de persones usuàries objecte d'aquest concert, posant a disposició de l'IMAS tota la documentació que sigui requerida a l'entitat a efectes de comprovació (documents de facturació del servei, de contractació del personal o altres documents justificatius).
3. Que el servei a concertar compleix la resta dels requisits establerts a la convocatòria.

Palma, a                      de                      de 2021  
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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**

## MOD-3. DECLARACIÓ DE SOLVÈNCIA FINANCERA PER CONCERTAR

### DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

|                                      |                           |          |
|--------------------------------------|---------------------------|----------|
| Nom de l'Entitat                     | CIF                       | Núm. SS  |
| Domicili social                      | CP                        | Població |
| Nom i llinatges representant legal   | NIF                       | Tel.     |
| Correu electrònic representant legal | Correu electrònic entitat |          |

### SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

#### Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia  
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional  
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional  
Servei de centre de dia  
Servei ocupacional  
Servei de residència  
Servei d'habitatge supervisat  
Servei de suport a l'habitatge  
Servei de funció tutelar

#### Tipus discapacitat principal

Auditiva  
Física  
Discapacitat física per trastorn immunològic  
Intel·lectual i/o del desenvolupament  
Psíquica per trastorn mental

El Sr./Sra.

, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat que acredita la solvència econòmica i financera amb un dels mitjans següents:

Darrers comptes anuals presentats en el Registre Mercantil o en el registre oficial que correspongui, que acredita que els fons propis de l'entitat o empresa són de 100.000 € o més al darrer exercici tancat.

Declaració sobre el volum global de negocis en l'àmbit d'activitats corresponent a l'objecte i prestacions del servei a concertar d'acord amb els plecs de concertació, respecte al darrer exercici disponible.

Justificant de l'existència d'una pòlissa d'assegurances de responsabilitat civil que cobreixi la indemnització per riscos (professionals, d'atenció a les persones o d'altres), per un import igual o superior a l'exigit als plecs de concertació. Aquest justificant s'acredita mitjançant a) un certificat expedit per l'assegurador en el que constin els imports i riscos assegurats i la data de venciment de l'assegurança, i b) un document de compromís vinculant de subscripció, pròrroga o renovació, en els casos que escaigui, per garantir la cobertura en tota la durada del concert.

Palma, a      de      de 2021  
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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 dona 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**

## MOD-4. DECLARACIÓ RESPONSABLE DE NO INCÓRRER EN PROHIBICIONS PER CONCERTAR

### DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

|                                      |                           |          |
|--------------------------------------|---------------------------|----------|
| Nom de l'Entitat                     | CIF                       | Núm. SS  |
| Domicili social                      | CP                        | Població |
| Nom i llinatges representant legal   | NIF                       | Tel.     |
| Correu electrònic representant legal | Correu electrònic entitat |          |

### SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

#### Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia  
Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional  
Servei d'habilitació i teràpia ocupacional  
Servei de centre de dia  
Servei ocupacional  
Servei de residència  
Servei d'habitatge supervisat  
Servei de suport a l'habitatge  
Servei de funció tutelar

#### Tipus discapacitat principal

Auditiva  
Física  
Discapacitat física per trastorn immunològic  
Intel·lectual i/o del desenvolupament  
Psíquica per trastorn mental

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat:

1. Que l'entitat no està inclosa en cap dels supòsits de prohibició per ser beneficiària de subvencions que estableix l'article 8 de l'Ordenança general de subvencions del Consell de Mallorca (BOIB núm. 21, de 18 de febrer de 2017).
2. Que l'entitat no està sotmesa a les prohibicions de contractar amb l'Administració, d'acord amb l'article 71 de la Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic, ni a cap dels supòsits prevists a l'article 13 de la Llei 38/2003, de 17 de novembre, general de subvencions, o a la Llei 58/2003, de 17 de desembre, general tributària.
3. Que l'entitat no incorre en cap de les prohibicions que estableix l'article 11 de la Llei 11/2016, de 28 de juliol, d'igualtat de dones i homes.
4. Que l'entitat no ha estat sancionada durant els darrers 4 anys mitjançant resolució ferma per la comissió d'infraccions greus o molt greus en matèria de relacions laborals, ocupació, seguretat social, emigració, moviments migratoris i ocupació d'estrangers.

Palma, a                      de                      de 2021  
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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**



## MOD-5. CONSENTIMENT INFORMAT PER CONSULTAR INFORMACIÓ D'ALTRES ADMINISTRACIONS ALS EFECTES DE CONCERTACIÓ SOCIAL

### DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Raó social de l'entitat            | CIF |
| Nom i llinatges representant legal | NIF |

*L'article 95.1 k) de la Llei 58/2003, general tributària permet, prèvia autorització de la persona interessada, la cessió de les dades tributàries que precisin les Administracions Públiques per al desenvolupament de les seves funcions.*

*De conformitat amb l'Article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, els interessats no estan obligats a aportar les dades o documents que puguin ser consultats mitjançant les plataformes d'intermediació de dades o altres sistemes electrònics.*

*Aquest consentiment s'entén atorgat per l'interessat sempre i quan no manifesti la seva oposició expressa o que la llei especial aplicable requereixi un consentiment exprés.*

### SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

#### Tipus de servei

Servei d'atenció integral i promoció de l'autonomia

Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional

Servei d'habilitació i teràpia ocupacional

Servei de centre de dia

Servei ocupacional

Servei de residència

Servei d'habitatge supervisat

Servei de suport a l'habitatge

Servei de funció tutelar

#### Tipus discapacitat principal

Auditiva

Física

Discapacitat física per trastorn immunològic

Intel·lectual i/o del desenvolupament

Psíquica per trastorn mental

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_ com

AUTORITZA l'Institut Mallorquí d'Afers Socials amb CIF: Q0700448D, a consultar de forma telemàtica les dades de l'entitat a altres administracions públiques, i al tractament i conservació de la resposta rebuda dels serveis d'intermediació:

|             |  |
|-------------|--|
| AUTORITZ    | CONSULTAR LES DADES PER A LA COMPROVACIÓ D'ESTAR AL CORRENT DE LES |
| NO AUTORITZ | OBLIGACIONS TRIBUTÀRIES  |

|             |  |
|-------------|--|
| AUTORITZ    | CONSULTAR LES DADES PER A LA COMPROVACIÓ D'ESTAR AL CORRENT EN LES OBLIGACIONS DE LA |
| NO AUTORITZ | SEGURETAT SOCIAL (servei de consulta Q2827003ATGSS001 de la TGSS)                    |

**En el cas de no autoritzar alguna d'aquestes consultes, heu d'aportar amb la periodicitat que l'IMAS requereixi la**

documentació oficial original i/o còpia per a que consti a l'expedient administratiu.

En qualsevol moment podeu formular l'oposició a la consulta telemàtica de les dades autoritzades.

Aquesta **oposició s'ha de manifestar per escrit.**

Palma, a                      de                      de 2021  
(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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**

## MOD-6. DECLARACIÓ PLACES OCUPADES AMB ANTERIORITAT AL SERVEI DE CENTRE DE DIA

### DADES DEL SOL·LICITANT: Entitat i representació legal

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Raó social de l'entitat            | CIF |
| Nom i llinatges representant legal | NIF |

### SERVEI I TIPUS DE DISCAPACITAT PER AL QUAL SOL·LICITA EL CONCERT SOCIAL

(Un servei i tipus de discapacitat per sol·licitud)

#### Tipus de servei

|                         |
|-------------------------|
| Servei de centre de dia |
|-------------------------|

#### Tipus discapacitat principal

|                                       |
|---------------------------------------|
| Intel·lectual i/o del desenvolupament |
| Física                                |
| Física per trastorn immunològic       |

### Relació de places i persones al servei indicat (una declaració per cada servei a concertar)

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, com representant legal de l'entitat

DECLARA, sota la seva responsabilitat:

1. Que el servei té \_\_\_\_\_ places autoritzades, \_\_\_\_\_ places concertades i \_\_\_\_\_ places ocupades per procediment d'urgència social.
2. Que el servei ha atès al darrer mes a \_\_\_\_\_ persones, tal com consta a la factura presentada a l'IMAS.

**[Servei de centre de dia]:** Que del total de persones ateses, \_\_\_\_\_ persones tenen una ocupació al 100% de la plaça; \_\_\_\_\_ persones tenen una ocupació a 2/3 i \_\_\_\_\_ persones tenen una ocupació a 1/3.

**[Serveis de centre de dia amb transport social]:** Que del total de persones ateses, \_\_\_\_\_ persones utilitzen el servei de transport. D'aquestes, \_\_\_\_\_ persones utilitzen transport centre dia; \_\_\_\_\_ acompanyament transport. A més, de les persones usuàries de transport centre dia, a \_\_\_\_\_ persones les correspon complement per transport rural i a \_\_\_\_\_ complement per transport adaptat (només indicar mobilitat reduïda).

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

(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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.

C/ General Riera nº67 07010 Palma de Mallorca Telèfon: 971763325 / Fax: 971760475

<http://www.imasmallorca.es>

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

## MOD.- 11.

### DECLARACIÓ RESPONSABLE DE COMPLIMENT DELS REQUISITS D'ACREDITACIÓ DEL SERVEI PER A FORMAR PART DE LA XARXA PÚBLICA DE SERVEIS SOCIALS A LES PERSONES AMB DISCAPACITAT DE MALLORCA DE L'INSTITUT MALLORQUÍ D'AFERS SOCIALS I OPTAR A LA CONCERTACIÓ SOCIAL.

#### Entitat

|                   |      |                           |
|-------------------|------|---------------------------|
| Nom de l'Entitat  | CIF  | Núm. reg. Serveis Socials |
| Domicili social   | CP   | Població                  |
| Correu electrònic | Tel. | Fax                       |

#### Representant legal de l'entitat

|                   |      |          |
|-------------------|------|----------|
| Nom i llinatges   | NIF  |          |
| Domicili          | CP   | Població |
| Correu electrònic | Tel. | Fax      |

#### Domicili a efectes de notificacions

☒ Domicili de l'entitat ☐ Domicili representant legal

#### Servei objecte de la declaració responsable

- ☐ Servei de centre de dia per a persones amb discapacitat intel·lectual i/o del desenvolupament
- ☐ Servei de centre de dia per a persones amb discapacitat física
- ☐ Servei de centre de dia per a persones amb discapacitat orgànica

#### Centres autoritzats per prestar el servei

|                |                        |                   |
|----------------|------------------------|-------------------|
| Nom centre 1:  | Núm. exp. Autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 2:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 3:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 4:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 5:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 6:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 7:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 8:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 9:  | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |
| Nom centre 10: | Núm. exp. autorització | Data autorització |
| Domicili       | CP                     | Telèfon           |

### Declaració responsable

El Sr./La Sra. \_\_\_\_\_, com representant legal  
de l'entitat \_\_\_\_\_, DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT

1. Que les dades contingudes en aquest document son certes.
2. Que el servei de l'entitat que represento compleix amb els requisits d'acreditació establerts als articles 75, 76, 77, 78 i 79 relatius a l'acreditació, així com la resta d'articles del Títol IV (Acreditació), tant a la data d'aquesta declaració responsable com durant tota la seva vigència durant el termini màxim de 12 mesos.
3. Que des de qualsevol dels centres que formen part del servei es posen a disposició de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials tots els documents i mitjans necessaris per evidenciar els compliment dels requisits d'acreditació, així com del procés d'adaptació als nous requisits d'autorització i de, si correspon, els requisits establerts als plecs de concertació.

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

(signatura del/la representant legal de l'entitat titular del servei)

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**