

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

| |
|--|
| NÚMERO TOTAL DE PLAZAS SOLICITADAS en el actual concierto |
| PLAZAS CONCERTADAS CON ANTERIORIDAD |
| PLAZAS ATENDIDAS POR URGENCIA SOCIAL |
| PLAZAS AUTORIZADAS EN LOS CENTROS AUTORIZADOS A PRESTAR EL SERVICIO |
| PLAZAS DISPONIBLES PARA ATENDER URGENCIAS |

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 en los pliegos de concertación y al procedimiento de acceso y gestión de la lista de espera, así como de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria.

DOCUMENTACIÓN OBRANTE EN OTRO EXPEDIENTE

| DOCUMENTO | EXPEDIENTE | ÒRGANO GESTOR |
|-----------|------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 E INNOVACIÓN SOCIAL

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 E INNOVACIÓN SOCIAL

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 E INNOVACIÓN SOCIAL

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 E INNOVACIÓN SOCIAL

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
Intellectual 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 |
| NO AUTORIZO | TRIBUTARIAS |

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

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 E INNOVACIÓN SOCIAL

MOD-6. DECLARACIÓN DE PLAZAS OCUPADAS CON ANTERIORIDAD EN EL SERVICIO DE FUNCIÓN TUTELAR

DATOS DEL SOLICITANTE: Entidad y representación legal

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

Relación de plazas y personas en el servicio indicado

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.

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 E INNOVACIÓN SOCIAL