



COMUNICACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Don/Doña: _____
(Titular ó representante legal)

Con DNI nº: _____

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: _____

En virtud del DECRETO 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 Comunidad Autónoma de Cantabria. (B.O.C. nº 83, de 29 de abril de 2008).

COMUNICA:

Implantación de un Servicio Social

Modificación de un Servicio Social

Datos del servicio

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

Nombre*: _____

Domicilio*: _____

(*) Campo obligatorio

Santander..... de..... de 20

Fdo.:

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

- INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO EN MATERIA DE DERECHOS, RECURSOS Y PRESTACIONES SOCIALES.
- ATENCIÓN, PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE PERSONAS Ó COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE RIESGO Ó DE EXCLUSIÓN SOCIAL MEDIANTE EL EJERCICIO DE TRABAJOS ESPECIALIZADOS.
- PROMOCIÓN DE LA SENSIBILIZACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA DE LA CIUDADANÍA SOBRE LOS PRBLEMAS SOCIALES Y LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES, IMPULSANDO LA PARTICIPACIÓN, EL ASOCIACIONISMO Y EL FOMENTO DE ACTITUDES SOLIDARIAS.
- SERVICIOS DE PROXIMIDAD, DESTINADOS A PROMOVER LA AUTONOMÍA PERSONAL Y FACILITAR LA PERMANENCIA DE LAS PERSONAS EN SU MEDIO NATURAL DE CONVIVENCIA. DENTRO DE ESTE GRUPO SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES:
 - AYUDA A DOMICILIO.
 - COMIDA A DOMICILIO
 - TELEASISTENCIA
- APOYO Y FORMACIÓN A LA FAMILIA. SE INCLUYEN EN ESTA RÚBRICA, ENTRE OTROS, LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y MEDIACIÓN FAMILIAR, QUE TIENEN POR OBJETO LA REALIZACIÓN DE ACTUACIONES DIRIGIDAS A ABORDAR LAS SITUACIONES DE CRISIS FAMILIAR CAUSADAS POR DIFICULTADES EN LA RELACIÓN Y CONVIVENCIA ENTRE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
- PROMOCIÓN DE FORMAS ALTERNATIVAS A LA CONVIVENCIA FAMILIAR ORDINARIA, EN LOS SUPUESTOS EN QUE LA CONVIVENCIA ES INVIABLE POR NO EXISTIR UNIDAD FAMILIAR Ó, AUN EXISTIENDO, SE PRESENTAN EN LAS MISMAS SITUACIONES DE DETERIORO PSICOLÓGICO, AFECTIVO Ó SOCIAL.
- 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.
- SERVICIO DE TRANSPORTE DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA PARA FACILITAR SU ACCESO A OTROS RECURSOS SOCIALES, EDUCATIVOS, LABORALES Ó DE OCIO.
- OTROS SERVICIOS. PROGRAMAS QUE NO PUEDEN CLASIFICARSE EN NINGUNA DE LAS RÚBRICAS ANTERIORES Ó QUE INCLUYEN PRESTACIONES PROPIAS DE VARIOS SERVICIOS.

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA COMUNICACIÓN *(Artículo 14 del Decreto 40/08)*

- CARÁCTER DE LA PERSONA TITULAR (ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN Y ESTATUTOS)
- CARÁCTER DE LA PERSONA GESTORA, SI ES DIFERENTE DE LA ENTIDAD TITULAR
- OBJETO DEL SERVICIO
- DESTINATARIOS DEL SERVICIO
- ÁMBITO DE ACTUACIÓN
- HORARIOS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO
- PERSONAL QUE DIRIGE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (COPIA DNI Y CUALIFICACIÓN ACEDÉMICA)
- PERSONAL QUE REALIZA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (CUALIFICACIÓN)
- DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA PERSONALIDAD DE QUIEN PROMUEVE EL SERVICIO
- MEMORIA EXPLICATIVA

ADEMÁS, EN CASO DE QUE LA ENTIDAD TITULAR NO ESTÉ INSCRITA, DEBERÁN APORTAR:

- CIF DE LA ENTIDA TITULAR
- CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE ASOCIACIONES, FUNDACIONES, COOPERATIVAS, MERCANTIL O, AQUEL EN EL QUE HAYAN DE INSCRIBIRSE SEGÚN SU NORMATIVA PROPIA.