



I. Disposiciones Generales

DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA

CORRECCIÓN de errores de la Orden de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón.

Advertido error por omisión de la publicación de los anexos IV a X en la Orden de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicios de estancia diurna asistencial, estancia diurna ocupacional y alojamiento, ofertados por el Gobierno de Aragón, publicada en el "Boletín Oficial de Aragón", número 113, de 16 de junio de 2015, se procede a efectuar su publicación.



ANEXO IV

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE INGRESOS PARA CENTROS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. DATOS PERSONALES:

PERSONA CON DISCAPACIDAD SOLICITANTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI
GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO %		FECHA RESOLUCIÓN GRADO DISCAPACIDAD	
DATOS DEL CÓNYUGE O PAREJA ESTABLE NO CASADA			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI

2. DATOS ECONÓMICOS:

	Importe mensual	CLASE	Nº Pagas al año	Total Anual
PENSIONES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD QUE SOLICITA PLAZA (valores actuales)				
PENSIONES DEL CÓNYUGE O PAREJA ESTABLE NO CASADA (valores actuales)				
	CLASE Y DETALLE DE OTRAS RENTAS			Total Anual
OTRAS RENTAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD QUE SOLICITA PLAZA (valores año anterior)				
OTRAS RENTAS DEL CÓNYUGE O PAREJA ESTABLE NO CASADA (valores año anterior)				
	SUMA TOTAL RENTA ANUAL:			

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

- Que son ciertos los datos consignados en la presente declaración.
- Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación que en los mismos pudiera producirse en lo sucesivo.
- Que autorizo al Instituto Aragonés de Servicios Sociales para que realice las verificaciones y las consultas necesarias en ficheros públicos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas para acreditar los datos declarados.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.:

A N E X O V

 Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia	<p>INFORME SOCIAL</p> <p>Ingreso en Centro Residencial de personas mayores en situación de riesgo de exclusión social</p>	
<p>Nº Expediente</p> <p>SAAD</p> <p>Ex:</p>	<p><i>Espacio para código de barras</i></p>	

1. Datos de Identificación Institucional

Centro de Servicios Sociales Generales	
Dirección del Centro	
Trabajador/a Social que emite el informe	Fecha

2. Datos de identificación de la persona

Apellido1		Apellido2		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil		Nacionalidad	
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)					
Localidad		Provincia		Código Postal	
Teléfono1	Teléfono2		Correo electrónico		

3. Capacidad legal de la persona

Incapacitado/a legalmente		Presunto/a incapaz con guardador de hecho	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la anterior respuesta ha sido afirmativa, cumplimente los datos del Guardador de Hecho que se citan seguidamente:			
Apellidos y nombre / Razón Social			DNI / NIE / NIF
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)		Código Postal	Localidad
Provincia	Teléfono1	Teléfono2	Correo electrónico

4. Antecedes sociales

Expediente anterior en Servicios Sociales		Número Expediente SIUSS
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Resumen de las intervenciones realizadas		

INFORME SOCIAL
Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

5. Situación de convivencia

La persona vive sola.

La persona vive con su pareja.

La persona vive con hijos/as.

La persona vive con otras personas no familiares o familiar no hijos/as Especificar:
.....

La persona vive rotando por diversos domicilios de hijos/as o de otros familiares. Especificar:
.....

La persona mayor se encuentra en una Institución (si es el caso, reflejarla en la línea correspondiente a la casilla que proceda)

Centro residencial privado

Hospital

Otros:

La persona carece del disfrute de un alojamiento

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

(rellenar sólo para aquellas personas que residan en su domicilio y convivan con más personas):

Nombre y apellidos	Relación de parentesco o afinidad	Edad	Relación con la persona beneficiaria	Motivos por lo que no puede prestar auxilio
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años

INFORME SOCIAL
Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

6. Situación familiar (cumplimentar sólo cuando existan hijos/as que no convivan con el interesado)

Nombre y apellidos	Relación de parentesco o afinidad	Edad	Relación con la persona beneficiaria	Motivos por lo que no puede prestar auxilio
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Conflictiva <input type="checkbox"/> Sin relación <input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Tiene un grado de minusvalía superior al 33% <input type="checkbox"/> Presenta problemas de adicción <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad invalidante crónica <input type="checkbox"/> Tiene un enfermedad Terminal <input type="checkbox"/> Es mayor de 65 años

Ubicación del domicilio de los hijos/as, en caso de no convivencia con ellos/as:

- Todos/as viven en la localidad
 Al menos uno/a vive en la localidad
 Ninguno/a vive en la localidad

7. Otras circunstancias relevantes de la situación sociofamiliar

INFORME SOCIAL
Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

8. Posibles indicadores de maltrato (indicar lo que proceda)

<input type="checkbox"/> No se le permite hablar, dar su opinión	<input type="checkbox"/> Sin integración familiar
<input type="checkbox"/> Evidencia de malos tratos físicos	<input type="checkbox"/> Se le responsabiliza sobre los problemas que causa
<input type="checkbox"/> Evidencia de malos tratos psicológicos	<input type="checkbox"/> Se le impide la relación con su entorno
<input type="checkbox"/> Vejeciones	<input type="checkbox"/> Otras situaciones (especificar)
<input type="checkbox"/> Aislamiento afectivo

9. Situación económica del interesado

Concepto del ingreso	Cuantía mensual

Vive en alquiler o en pensión Sí No Cuantía mensual (a descontar de los ingresos resultantes)

OBSERVACIONES

10. Situación de salud

(Describir los principales problemas sanitarios que pueden influir en la existencia de una situación de exclusión social)

INFORME SOCIAL
Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

11. Situación de la vivienda

<p>TIPO DE VIVIENDA</p> <p><input type="checkbox"/> Carece de vivienda y vive en la calle</p> <p><input type="checkbox"/> Chabola o similar</p> <p><input type="checkbox"/> Infravivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión: Cuantía mensual:</p> <p><input type="checkbox"/> Institución:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Centro residencial</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Centro de acogida o Albergue</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>REGIMEN DE TENENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Sin vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Desahucio acreditativo</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda en propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda en alquiler</p> <p style="margin-left: 20px;">Cuantía mensual:</p> <p><input type="checkbox"/> Cedita en uso:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Para uso y disfrute individual.</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Compartida con las personas que le han cedido la vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Subarriendo</p> <p><input type="checkbox"/> En precario</p> <p>NUMERO DE PLANTA</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar planta baja.</p> <p><input type="checkbox"/> 1ª planta.</p> <p><input type="checkbox"/> 2ª planta o más.</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar con más de una planta.</p>	<p>UBICACIÓN / ENTORNO</p> <p><input type="checkbox"/> Casco urbano <input type="checkbox"/> Zona marginal o en riesgo de exclusión</p> <p><input type="checkbox"/> Fuera del casco urbano <input type="checkbox"/> Zona rural</p> <p><input type="checkbox"/> Zona normalizada <input type="checkbox"/> Zona rural aislada.</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Municipio mayor de 20.000 habitantes.</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Municipio menor de 20.000 habitantes</p> <p>CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y SALUBRIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> Pésimas. En estado de ruina o con grandes humedades o grietas.</p> <p><input type="checkbox"/> Malas. Hacinamiento, sin agua y / o retrete, con goteras graves, sin luz natural.</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes. Vivienda en condiciones de habitabilidad inadecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptables. Dispone de servicios mínimos y habitabilidad aceptable.</p> <p><input type="checkbox"/> Buenas. Dispone de todos los servicios que garanticen unas buenas condiciones de habitabilidad.</p> <p>En el caso de que se encuentren en condiciones pésimas, malas o deficientes describir dicha situación</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>EQUIPAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Ascensor</p> <p><input type="checkbox"/> Agua corriente <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Retrete</p> <p><input type="checkbox"/> Agua caliente <input type="checkbox"/> Cuarto de baño</p> <p>BARRERAS ARQUITECTONICAS</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda</p> <p style="margin-left: 20px;">Descripción de dichas barreras:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda:</p> <p style="margin-left: 20px;">Descripción de dichas barreras:</p> <p>.....</p>
---	---

12. Percepción del interesado sobre su situación

INFORME SOCIAL

Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

Página 6 de 7

13. Documentación específica requerida según la situación del interesado

Área	Situación	Documentación acreditativa a aportar
Convivencia	Vive sola	Certificado de empadronamiento
	Vive acompañada pero presenta una situación de maltrato (cuando se dé esta circunstancia no se tendrá en cuenta la situación en el área de vivienda).	Sentencia judicial. Informe del Instituto Aragonés de la Mujer Otros documentos que acrediten la situación
	Vive acompañada pero sin poder ser atendida por razones de discapacidad, edad, patología invalidante (enfermedad crónica, terminal o mental) o problemas de adicción	Certificado de discapacidad en los casos que proceda. Informe de salud de la patología invalidante que sufre.
	Convive con familiares de segundo o más grados, o personas con las que no le une ninguna relación de parentesco	Certificado de empadronamiento
Familia	No tiene hijos	Copia del Libro de Familia o, en casos excepcionales, declaración jurada de no tener hijos
	Tiene hijos pero, o bien existe falta de auxilio de éstos, o todos ellos se encuentran en alguna de estas situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son discapacitados ▪ Tienen una patología invalidante (enfermedad crónica, terminal o mental) ▪ Tienen problemas de adicción a drogas o estupefacientes 	Sentencia judicial Informe del Instituto Aragonés de la Mujer Otros documentos que acrediten la situación de maltrato pasada o presente Certificado de discapacidad en los casos que proceda Informe de salud de la patología invalidante que sufre
Vivienda	Vive en la calle	Informe de la Policía Local
	Vive en albergue, centro de acogida o pensión	Informe del Director/a del Centro
	Desahucio	Orden de desahucio
	Síndrome de Diógenes	Informe social o policial
	Ubicada en zona rural aislada con graves dificultades de acceso	Certificado de empadronamiento
	Infravivienda-condiciones ruinosas	Informe municipal acreditativo de la situación de la vivienda
Economía	Tener unos ingresos iguales o inferiores a 1,5 veces el IPREM	Certificado de ingresos

14. Valoración técnica

INFORME SOCIAL
Ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de Exclusión Social

15. Propuesta de intervención

Dado que con carácter previo a este informe social se han realizado todas las actuaciones que la legislación vigente permite y con ello se han agotado todas las vías de intervención comunitaria posibles ante la situación que presenta

Don/Doña

se formula la siguiente PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

Empty box for the intervention proposal.

En, a de de 20....
EL / LA TRABAJADOR/A SOCIAL:

SR / SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES

ANEXO VII

 <p>GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia</p>	<p>ACEPTACIÓN DE INGRESO DE PERSONA EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL</p>	 <p>iass Instituto Aragonés de Servicios Sociales</p>
<p>Nº Expediente</p> <p>SAAD</p> <p>EX:.....</p>	<p><i>Espacio para código de barras</i></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

Don/Doña _____, con DNI _____, en calidad de

- Persona en situación de RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL
- Representante legal de Don/Doña

Otorga su AUTORIZACIÓN para el inicio de los trámites precisos y conducentes al ingreso en un CENTRO RESIDENCIAL de la Red Pública de Servicios Sociales Especializados del Gobierno de Aragón, con carácter PREFERENTE, atendiendo a las circunstancias de RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL evaluadas y dictaminadas por los Técnicos competentes para ello, con el COMPROMISO DE ACEPTAR el ingreso en el Centro que se determine, que, preferentemente, se ubicará en la provincia en la que se tramita el expediente.

Asimismo, autoriza a la Administración del Gobierno de Aragón para llevar a cabo las consultas necesarias con otros Organismos Públicos, con el fin de acreditar los datos que, constando en el Informe, precisen ser ratificados fehacientemente, así como que los mismos sean incorporados en el fichero "FICHERO DE ACCESO Y GESTIÓN DE PLAZAS DE CENTROS SOCIALES". El órgano responsable de este fichero es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, y la dirección donde se podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación o cancelación, en su caso, es el Paseo M^a Agustín nº 16, en Zaragoza. Todo ello, de conformidad con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y para que así conste, suscribe el presente documento en _____, a _____ de _____ de _____.

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INST^º ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE

ANEXO VIII

 GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia	ESTANCIA TEMPORAL EN CENTRO RESIDENCIAL (Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia)	 iass Instituto Aragonés de Servicios Sociales
<p>Nº Expediente</p> SAAD:..... EX.	SOLICITUD Espacio para validación mecánica	Identificador de Registro

1. Datos personales persona en situación de dependencia

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
DNI / NIE	Situación de Dependencia GRADO.....	Fecha nacimiento
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera, localidad, código postal)		

2. Representante legal de la persona en situación de dependencia

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
DNI / NIE	Teléfono	Correo electrónico
Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera, localidad, código postal)		
Resolución en virtud de la cual se ostenta la representación legal		

3. Motivo solicitud

<input type="checkbox"/> Empeoramiento de la persona Dependiente	<input type="checkbox"/> Situación sobrevenida y temporal del cuidador.	<input type="checkbox"/> Descanso del cuidador, preferentemente de a
--	---	---

En a dede

SR./SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE

SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL EN CENTRO RESIDENCIAL

EXPLICACIÓN DE LAS DISTINTAS SITUACIONES QUE PUEDEN MOTIVAR LA SOLICITUD DE ESTANCIA TEMPORAL, ASÍ COMO DOCUMENTOS QUE DEBEN APORTARSE:

- **Empeoramiento de la persona dependiente:** cuando padezca un empeoramiento puntual de su situación, del que se espere mejoría, debido a un accidente o intervención quirúrgica y que, no precisando atención hospitalaria, necesitara, para su restablecimiento, de la atención continuada de un servicio de atención residencial, de modo temporal, y siempre que se estime que la situación tendrá una duración máxima de sesenta días. Estas circunstancias se acreditarán mediante un Informe Médico (Anexo III)

- En el caso de que el motivo se fundamente en una **situación sobrevenida y temporal del cuidador,** que impide que pueda continuar prestando cuidados a la persona en situación de dependencia, siempre que se estime que la situación tendrá una duración máxima de sesenta días, deberá aportar la documentación que justifique las circunstancias que dan origen a la solicitud.

- Para **descanso del cuidador,** la solicitud se formulará con una antelación mínima de tres meses antes de la fecha que se pretenda disfrutar el descanso, indicando las fechas preferidas para éste. Su duración no podrá ser superior a treinta días por año natural.

ANEXO IX

CONTRATO DE ATENCION EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

En, a de..... de 20...

REUNIDOS:

De una parte D./D^a.en calidad de Director/a¹.....y en representación del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (en adelante IASS).

De otra D/D^a. provisto/a de D.N.I. nº y con domicilio en, C/ (en adelante el/la usuario/a) o en su nombre D/D^a, provisto/a de DNI nº y con domicilio en, C/, nº, teléfono, en su calidad de representante legal / guardador de hecho, que acredita mediante exhibición de testimonio de la resolución judicial de de de 200..., del Juzgado nº ..., de / poder suficiente.

Reconociéndose las partes mutuamente la capacidad legal necesaria para contratar y obligarse.

EXPONEN

I.- Que siendo el IASS el organismo gestor del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, de acuerdo con la Ley 4/1996, de 22 de Mayo, por la que se crea el mismo, tiene adscritas/concertadas plazas para el cumplimiento de sus fines en el Centro de Servicios Sociales Especializados, sito en, que realiza la prestación de a personas que reúnan los requisitos exigidos en la Orden de fecha, que regula el acceso a los servicios de estancia diurna y alojamiento de la Red Pública de plazas de Servicios Sociales Especializados del Gobierno de Aragón, así como en la Orden de 24 de julio de 2013, que regula las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios en la Comunidad Autónoma de Aragón.

II.- Que D/D^a. ha obtenido el ingreso en dicho Centro con carácter..... (permanente / temporal).

III.- Que es intención de las partes comparecientes la formalización de un contrato que determine el vínculo jurídico existente entre ambas, en el que se hace constar la aceptación expresa de las normas de organización y funcionamiento del Centro, de sus derechos y obligaciones como usuario y el compromiso al pago del precio fijado que le corresponda de acuerdo con las características de la plaza ocupada.

A cuyo efecto **ACUERDAN** formalizar el presente contrato conforme a las siguientes

¹ Director de la Residencia....., en el caso de Centros propios, o Director Provincial del IASS que corresponda, en el caso de plazas concertadas

CLÁUSULAS

PRIMERA.- El usuario/a ingresa en el Centro el día, en la plaza que le ha sido adjudicada.

SEGUNDA.- La vigencia de este contrato es indefinida, salvo en los casos de estancia temporal, en los que este periodo se ajustará a la Resolución de ingreso dictada por el IASS.

TERCERA.- Las partes pactan expresamente que la efectividad de este contrato queda sometida a un periodo de prueba de treinta días. Durante ese periodo, ambas partes podrán resolverlo voluntariamente en los términos establecidos en la precitada Orden de fecha _____. En caso de aplicarse esta cláusula se procederá a actuar de acuerdo con la normativa vigente en cada caso.

CUARTA.- El IASS, como titular o disponente de la plaza objeto de este contrato, se compromete a facilitar al usuario los servicios que se detallan en el Reglamento de Régimen Interior, del que se hace entrega al usuario de un ejemplar, en este Acto. Este Reglamento actuará como documento contractual que obliga a las partes, especialmente en lo concerniente al reconocimiento por el IASS de los derechos de los usuarios y al cumplimiento de las obligaciones por parte de los mismos.

QUINTA.- Efectuada, de acuerdo con la Orden de 24 de julio de 2013, la valoración de la capacidad económica personal del usuario/a para la determinación del precio individualizado, y como participación en el coste del servicio, la cantidad que le corresponde abonar, en aplicación de los criterios dispuestos en los artículos 26 y 27 de la citada norma, es de 000,00 € al mes, cantidad que será actualizada anualmente, al principio de cada ejercicio, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en la materia.

En el caso de alojamiento permanente, cuando la aportación del usuario/a no sea suficiente para hacer frente en su totalidad a su participación en el coste del servicio, se generará el correspondiente reconocimiento de deuda, de conformidad con lo dispuesto en la Orden de 24 de julio de 2013.

SEXTA.- El pago del precio individualizado por la estancia se hará efectivo a mes vencido, dentro de los diez primeros días del mes siguiente, y se realizará mediante cargo en la cuenta de la que es Titularcon el Número

Los gastos ocasionados por las eventuales devoluciones bancarias serán satisfechos por las personas obligadas a pagar, y en este concepto serán incluidas en la misma factura devuelta.

SÉPTIMA.- Si el IASS llegara al conocimiento de que tras la firma del presente contrato el usuario ocultó la existencia de algunos bienes o derechos para el cálculo de la cantidad expresada en el apartado cuarto del presente contrato, podrá proceder a abrir el correspondiente procedimiento disciplinario, además de proceder al cobro de la cantidad adeudada.

OCTAVA.- El usuario tiene obligación de comunicar cualquier variación en su capacidad económica para poder proceder a la modificación del cálculo de las liquidaciones periódicas, que se practicarán de acuerdo con lo establecido en la legislación legal vigente de desarrollo en esta materia.



Anualmente deberá presentar la notificación de la revalorización de la pensión y subsidio, así como cualquier otra documentación económica que a tal efecto le sea solicitada.

NOVENA.- El Centro podrá facilitar al usuario dentro del mismo, Servicios de carácter complementario, como Podología, Peluquería, Cafetería y otros que se puedan establecer o concertar. Estos servicios serán de pago individualizado según su uso y consumo, sin estar incluidos en el precio fijado para la plaza, de acuerdo con lo anteriormente especificado.

No obstante, estos Servicios Complementarios, que podrán ser modificados, ampliados o suprimidos, previa comunicación y aviso en el tablón de anuncios, podrán estar subvencionados por el IASS de acuerdo con su utilidad y disposición presupuestarias.

DÉCIMA.- El Centro se reserva el derecho a organizar los servicios y horarios de la forma que crea mejor para la correcta prestación, de acuerdo con lo dispuesto en su Reglamento de Régimen Interior y la Normativa vigente de aplicación.

UNDÉCIMA.- El Centro podrá recabar de los familiares del usuario o de su tutor en su caso, la colaboración en las atenciones al mismo en aquellas actividades o gestiones que no pueda realizar por sí mismo y no sean de expresa competencia del Centro como:

- Atenderlo en cualquier ocasión que el usuario tenga que dejar el Centro por visitas a médicos y especialistas, hospitalizaciones o gestiones de diversa índole.
- Suministrar al usuario todos aquellos objetos que sean de uso personal y que no estén incluidos entre los obligados a suministrar por el Centro, como por ejemplo, artículos de higiene, ropa, aparatos o artículos ortopédicos.
- Las actuaciones y gestiones propias, en el caso del fallecimiento, de acuerdo con las creencias del usuario y de lo por él manifestado expresa o tácitamente.

DUODÉCIMA.- El usuario autoriza expresamente al Centro, al amparo de lo previsto en el Artículo 6.1 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, a ceder los datos personales del primero a la Administración, siempre y cuando los mismos estén destinados a la solicitud de ayudas para su tratamiento y adecuada atención.

DECIMOTERCERA.- El presente contrato se extinguirá por las causas determinadas en la Orden vigente en cada momento que regule el Acceso a los Servicios de Estancia Diurna y Alojamiento de la Red Pública de Plazas de Servicios Sociales Especializados del Gobierno de Aragón.

DECIMOCUARTA.- El usuario que haya adquirido tal condición en aplicación de lo dispuesto en el artículo 7.3 de la precitada Orden de fecha _____, por ser cónyuge o pareja estable no casada respecto de la persona en situación de dependencia o discapacidad, podrá ser reubicado en otro de la red que sea más adecuado a sus necesidades, para lo que se tramitará el correspondiente procedimiento administrativo en la Dirección Provincial del Instituto Aragonés de Servicios Sociales que corresponda y en el que se dará, obligatoriamente, trámite de audiencia al interesado.

DECIMOQUINTA.- Ambas partes reconocen la naturaleza administrativa de este contrato.

Las cuestiones litigiosas que pudieran suscitarse en la interpretación o aplicación del presente contrato, serán resueltas por el Orden Jurisdiccional de lo Contencioso-Administrativo.



Y en prueba de conformidad con cuanto antecede, ambas partes aceptan y firman el presente contrato por triplicado ejemplar, en el lugar y fecha expresados.

EL/LA DIRECTOR/A

EL/LA USUARIO/A

Fdo.:

Fdo.:

ANEXO X

 Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia	SOLICITUD DE TRASLADO ENTRE CENTROS	
Nº Expediente SAAD:..... Ex:.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">SOLICITUD</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 10px; margin-top: 5px;">Espacio para validación mecánica</div>	Identificador de Registro

I. Datos del Solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF/ NIE	Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre

II Datos personales del Acompañante (si lo hubiera)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento Localidad Provincia		Relación con el solicitante

III. Datos del Representante Legal

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
NIF / NIE	Domicilio (denominación de la vía pública, número, piso, letra, escalera...)	
Localidad	Provincia	País Código postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico

IV. Centro de origen

Centro de origen	Fecha de Ingreso
------------------	------------------

V. Localidades y Centros solicitados

Localidad	Centro

SOLICITUD TRASLADO ENTRE CENTROS DE PERSONAS MAYORES O CON DISCAPACIDAD

Página 2 de 2

VII. Motivo de la solicitud

- El reagrupamiento en el mismo Centro de miembros de la unidad familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad.

- En el caso de Centros Residenciales por una mayor proximidad geográfica del Centro al lugar de residencia originaria del solicitante o al lugar de residencia de sus familiares hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

- En el caso de Centros de Día, por un mayor acercamiento del Centro al domicilio del usuario y/o por graves motivos socio-familiares, debidamente justificados.

....., a de de 20....

(firma)

SR./SRA. DIRECTOR / A PROVINCIAL DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES DE