

**MODIFICACIÓN DATOS DE INFORMACIÓN BÁSICA REGISTRAL Y OTROS DATOS POR LAS ENTIDADES VINCULADAS A LA GESTIÓN DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES**

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_ en representación de la entidad \_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_,  titular  gestora del centro de servicios sociales denominado \_\_\_\_\_:

**1. COMUNICA:**

La modificación de datos de información básica que no se encuadran en los supuestos de declaración responsable o que precisan de autorización administrativa:

De la entidad de servicios sociales titular del centro social:

- Nombre o razón social.
- NIF
- Persona que ejerce la representación.
- Domicilio social.
- Ámbito territorial de actuación.
- Población destinataria.
- Actividades/servicios
- Declaración de interés social.

De la entidad de servicios sociales gestora del centro social:

- Nombre o razón social.
- NIF
- Persona que ejerce la representación.
- Domicilio social.
- Ámbito territorial de actuación.
- Población destinataria.
- Actividades/servicios
- Declaración de interés social.

Datos del centro:

- Nombre comercial.
- Cambio de denominación del domicilio.
- Dependencia jurídica del centro (esta comunicación no conlleva abono de tasa).
- Responsable del centro.
- Personas designadas en ausencia de la persona responsable.
- Disminución de la capacidad asistencial (que no sea como consecuencia de la modificación sustancial de infraestructura):
  - Permanente.
  - Temporal  Duración: \_\_\_\_\_
- Servicios básicos/especializados/sanitarios/complementarios:
  - Cese de servicios: \_\_\_\_\_
  - Nuevos servicios: \_\_\_\_\_

Otras modificaciones de las condiciones funcionales y materiales que no supongan alteraciones sustanciales que precisen autorización o la presentación de declaración responsable (esta comunicación no conlleva abono de tasa).

Especificar: \_\_\_\_\_

Modificación de datos de contacto (esta comunicación no conlleva abono de tasa):

- Entidad:  Teléfono de contacto  Correo electrónico.
- Centro:  Teléfono de contacto  Correo electrónico.

**2. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:**

Email 1:	Nombre y apellidos:
Email 2:	Nombre y apellidos:

**3. DATOS DE INFORMACIÓN BÁSICA DE LA ENTIDAD DE SERVICIOS SOCIALES** (a completar los datos que se modifiquen):

**a) Entidad titular:**

Número registral:	
Nombre o razón social:	
NIF:	
Identificación de persona que ejerce la representación:	

NIF:	
Domicilio social:	
Ámbito territorial de actuación:	<input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Autonómico <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Comarcal <input type="checkbox"/> Otros
Población destinataria:	<input type="checkbox"/> Población general <input type="checkbox"/> Menores- Infancia <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Riesgo de exclusión social <input type="checkbox"/> Familias <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Refugiados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Reclusos
Servicios o actividades que lleva a cabo:	<input type="checkbox"/> Información, orientación, valoración, diagnóstico y asesoramiento. <input type="checkbox"/> Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio, teleasistencia y apoyo a personas cuidadoras en domicilio). <input type="checkbox"/> Apoyo a personas cuidadoras. <input type="checkbox"/> Intervención familiar (terapia familiar, mediación familiar) <input type="checkbox"/> Promoción de la animación comunitaria y de la participación <input type="checkbox"/> Urgencia social. <input type="checkbox"/> Alojamiento temporal excepcional y de emergencia <input type="checkbox"/> Acogida <input type="checkbox"/> Sensibilización social <input type="checkbox"/> Inserción social <input type="checkbox"/> Atención psicosocial, rehabilitación y tutelares. <input type="checkbox"/> Promoción a la autonomía. <input type="checkbox"/> Intervención socioeducativa no residencial <input type="checkbox"/> Alquiler social <input type="checkbox"/> Cooperación internacional <input type="checkbox"/> Adopción internacional <input type="checkbox"/> Asistencia tecnológica <input type="checkbox"/> Ayudas instrumentales <input type="checkbox"/> Asistencia para la accesibilidad <input type="checkbox"/> Servicios vinculados a centros Sociales. <input type="checkbox"/> Competencias y funciones en el ámbito de los Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otros
Fecha de su declaración de interés social:	
Teléfonos de contacto:	
Correo electrónico:	

**b) En su caso, entidad gestora (a completar los datos que se modifiquen):**

Número registral:	
Nombre o razón social:	
NIF:	
Identificación de persona que ejerce la representación: NIF:	
Domicilio social:	
Ámbito territorial de actuación:	<input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Autonómico <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Comarcal <input type="checkbox"/> Otros
Población destinataria:	<input type="checkbox"/> Población general <input type="checkbox"/> Menores- Infancia <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Riesgo de exclusión social <input type="checkbox"/> Familias <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Mayores <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Refugiados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Reclusos
Servicios o actividades que lleva a cabo:	<input type="checkbox"/> Información, orientación, valoración, diagnóstico y asesoramiento. <input type="checkbox"/> Atención domiciliaria (Ayuda a domicilio, teleasistencia y apoyo a personas cuidadoras en domicilio). <input type="checkbox"/> Apoyo a personas cuidadoras. <input type="checkbox"/> Intervención familiar (terapia familiar, mediación familiar) <input type="checkbox"/> Promoción de la animación comunitaria y de la participación <input type="checkbox"/> Urgencia social. <input type="checkbox"/> Alojamiento temporal excepcional y de emergencia <input type="checkbox"/> Acogida <input type="checkbox"/> Sensibilización social <input type="checkbox"/> Inserción social <input type="checkbox"/> Atención psicosocial, rehabilitación y tutelares. <input type="checkbox"/> Promoción a la autonomía.

	<input type="checkbox"/> Intervención socioeducativa no residencial <input type="checkbox"/> Alquiler social <input type="checkbox"/> Cooperación internacional <input type="checkbox"/> Adopción internacional <input type="checkbox"/> Asistencia tecnológica <input type="checkbox"/> Ayudas instrumentales <input type="checkbox"/> Asistencia para la accesibilidad <input type="checkbox"/> Servicios vinculados a centros Sociales. <input type="checkbox"/> Competencias y funciones en el ámbito de los Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otros _____
Fecha de su declaración de interés social:	
Teléfonos de contacto:	
Correo electrónico:	

**4. DATOS DEL CENTRO** (a completar los datos que se modifiquen):

Número registral:	
Nombre comercial:	
Domicilio:	
Dependencia jurídica del centro:	<input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Cesión
Responsable del centro:	
Personas designadas en ausencia de la persona responsable:	
Disminución de la capacidad del centro: <input type="checkbox"/> Centros de servicios sociales sin internamiento: <input type="checkbox"/> Centros de servicios sociales con internamiento:	Total, plazas: _____ Total, plazas: _____ <input type="checkbox"/> Personas válidas: _____ <input type="checkbox"/> Personas dependientes: _____ <input type="checkbox"/> Servicio de estancias diurnas: _____ <input type="checkbox"/> Plazas de enfermería: _____
Teléfonos de contacto:	
Correo electrónico:	
<b>SERVICIOS A PRESTAR:</b>	
BÁSICOS: <input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Lavandería <input type="checkbox"/> Asistencia ABVDS  SERVICIOS ESPECIALIZADOS/ SANITARIOS: <input type="checkbox"/> Trabajo social <input type="checkbox"/> Medicina General/de Familia <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Podología <input type="checkbox"/> Psicología Sanitaria <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Geriatría <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Otros _____  COMPLEMENTARIOS: <input type="checkbox"/> Peluquería <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Acompañamiento <input type="checkbox"/> Cafetería <input type="checkbox"/> Otros _____	

**5. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA.**

1.  Modificación de nombre o razón social y domicilio social:
  - Copia de nuevos Estatutos, o de las modificaciones efectuadas.
  - Resolución de inscripción de la entidad en el Registro Oficial corresponda conforme a su naturaleza jurídica.
  - Reglamento de régimen interior.
  - Contrato de admisión.
  - Tarifa de precios/coste de la plaza, a aplicar en la anualidad en la que se comunica la modificación de datos.
  - Memoria descriptiva de la actividad a desarrollar por la entidad suscrita por la persona responsable.
  - Comprobación número de identificación fiscal definitivo de la persona jurídica.
2.  Modificación de ámbito territorial de actuación, población destinataria y actividades o servicios:
  - Copia de nuevos Estatutos, o de las modificaciones efectuadas.
  - Resolución de inscripción de la entidad en el Registro Oficial corresponda conforme a su naturaleza jurídica.
  - Memoria descriptiva de la actividad a desarrollar por la entidad suscrita por la persona responsable.
  - Comprobación número de identificación fiscal definitivo de la persona jurídica.
3.  Modificación de la persona que ejerce la representación:
  - Documento acreditativo de la representación.
  - Copia de nuevos Estatutos, o de las modificaciones efectuadas.
  - Resolución de inscripción de la entidad en el Registro Oficial corresponda conforme a su naturaleza jurídica.
4.  Declaración de interés social:
  - Documento acreditativo de interés social.
5.  Modificación dependencia jurídica del centro:
  - Escrituras  C. de arrendamiento  Acuerdo de cesión  Nota simple registro de propiedad
  - Otros \_\_\_\_\_
6.  Modificación del nombre comercial, disminución de capacidad asistencial y/o servicios que se prestan:

- Memoria justificativa por la entidad suscrita por la persona responsable.
- En el caso de comunicar la prestación de servicios sanitarios, declaración responsable suscrita por la persona responsable de la entidad en los siguientes términos:
  - La entidad de servicios sociales dispone de autorización sanitaria para la prestación del servicio especializado.

7.  Documentación acreditativa del pago de la tasa correspondiente. Tasa 21, mod.521, tarifa 02.

Enlace página web:

[https://servicios3.aragon.es/alq/alq?dga\\_accion\\_app=mostrar\\_modelos&sri\\_tasa=21&denominacion=Tasa%2021.%20Por%20Servicios%20Sociales](https://servicios3.aragon.es/alq/alq?dga_accion_app=mostrar_modelos&sri_tasa=21&denominacion=Tasa%2021.%20Por%20Servicios%20Sociales)

No conlleva abono de tasa:

- Comunicación modificación de dependencia jurídica.
- Comunicación de otras modificaciones de las condiciones funcionales y materiales que no supongan alteraciones sustanciales que precisen autorización o la presentación de declaración responsable
- Comunicación de modificación de datos de contacto.

## **6. PROTECCIÓN DE DATOS:**

La unidad responsable de los datos recogidos en este formulario es la Secretaría General Técnica del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. Sus datos de carácter personal serán tratados con el fin exclusivo de gestionar las solicitudes de prestación de servicios sociales y de desarrollo de programas sociales. La licitud del tratamiento es una obligación legal. No se comunicarán datos a terceros salvo obligación legal. Podrá ejercer sus derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#) y [portabilidad de sus datos](#), de [limitación](#) y [oposición a su tratamiento](#), así como a [no ser objeto de decisiones individuales automatizadas](#), a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Puedes obtener información adicional en el Registro de Actividades de tratamiento del Gobierno de Aragón, en el siguiente enlace "["Registro de entidades, centros y servicios sociales"](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?fileId=876)" [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub/details.action?fileId=876](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?fileId=876).

## **7. DERECHO DE OPOSICIÓN (artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).**

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón realizará las consultas necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados. En particular consultará:

- Datos de identidad de la persona física solicitante a la Dirección General de la Policía.
- Datos de identidad de la persona física que ejerce la representación a la Dirección General de la Policía.

Los titulares de los datos de carácter personal podrán ejercer su derecho de oposición conforme al modelo específico para el ejercicio de este derecho, disponible en <https://www.aragon.es/en/tramitador/-/tramite/proteccion-datos-ejercicio-derecho-oposicion>.

En caso de ejercicio de su derecho de oposición motivada deberá aportar los documentos correspondientes.

## **8. SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad que, son ciertos cuantos datos figuran en la presente comunicación, así como en la documentación adjunta y, SOLICITA la actualización de los datos anotados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_