

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES FUNCIONALES Y MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DE AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA.

D^a/D..... con NIF..... en
condición de persona que ejerce la representación de la entidad social
..... y correo electrónico a efectos
de notificaciones.....

DECLARO:

- 1) Datos de información básica de la entidad social.
- 2) Actualización de datos de información básica registral.
- 3) Situación general.
- 4) Condiciones funcionales.
 - a) Garantía de los derechos reconocidos a las personas usuarias. Observaciones/Acción requerida/Plazo.
 - b) Organización y funcionamiento. Observaciones/Acción requerida/Plazo.
 - c) Recursos humanos. Observaciones/Acción requerida/Plazo.
 - d) Procedimientos de actuación profesional y de atención a las personas usuarias. Observaciones/Acción requerida/Plazo.
- 5) Condiciones materiales. Observaciones/Acción requerida/Plazo.
- 6) He sido informado de:
 - Protección de datos.
 - Derecho de oposición.
 - Compromiso de declaración.

1. DATOS DE INFORMACIÓN BÁSICA REGISTRAL

Número inscripción:	
Nombre o razón social:	
Domicilio social:	
NIF entidad social:	
Identificación de persona que ejerce la representación:	
Correo electrónico:	
Teléfono de contacto:	
Población destinataria:	<input type="checkbox"/> Población general <input type="checkbox"/> Menores- Infancia <input type="checkbox"/> Mujeres <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"/> Ayuda a domicilio. <input type="checkbox"/> Teleasistencia. <input type="checkbox"/> Apoyo a personas cuidadoras en domicilio. <input type="checkbox"/> Información, orientación, valoración, diagnóstico y asesoramiento. <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

2. ACTUALIZACIÓN DATOS DE INFORMACIÓN BÁSICA REGISTRAL

A ¿Se ha producido alguna modificación de los datos anotados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B ¿Se ha presentado comunicación para la actualización de datos de información básica registral?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C En su caso, ¿está pendiente de emitirse Resolución por el órgano competente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

*Se pueden consultar los datos de información básica registral a través del siguiente enlace: <https://aplicaciones.aragon.es/recsspub>

*A través del siguiente enlace se pueden comunicar las actualizaciones de datos de información básica registral: <https://www.aragon.es/tramitador/-/tramite/procedimiento-inscripcion-entidad-registro-entidades-accion-social/modificacion-de-datos-de-entidades-en-el-registro-de-entidades-centros-y-servicios-sociales>

3. SITUACIÓN GENERAL

A Verificación:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- La entidad declara continuar desarrollando programas dirigidos a grupos de población que se encuadran en el ámbito de aplicación de la normativa de servicios sociales.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- La entidad declara disponer de encuestas de calidad que se dan a conocer a las personas usuarias y personas de referencia para conocer el nivel de satisfacción del servicio prestado.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- La entidad declara tener solvencia económica suficiente para garantizar la continuidad de la actividad desarrollada.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B ¿La entidad ha presentado una memoria de actividad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
*Contenido mínimo de la memoria: análisis de situación, seguimiento, grado de consecución de objetivos, evaluación y planes de mejora.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C ¿La entidad está al corriente de pago de sus obligaciones tributarias con la Hacienda estatal?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
*¿Autoriza la comprobación de esta información?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D ¿La entidad está al corriente de pago de sus obligaciones tributarias con la Hacienda Autonómica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
*¿Autoriza la comprobación de esta información?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E ¿La entidad está al corriente de sus obligaciones con la Tesorería General de la Seguridad Social?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
*¿Se opone a la comprobación de esta información?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
F ¿La entidad ha recibido subvenciones/ayudas públicas en el último año?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
*Si la respuesta es afirmativa, especificar las convocatorias: _____	

4. CONDICIONES FUNCIONALES

A) Garantía de los derechos reconocidos a las personas usuarias. Derechos fundamentales y demás derechos de las personas usuarias, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón; en el Decreto 66/2016, de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón y demás normativa sectorial.

<p>1. <i>Derecho a recibir una atención social ajustada a las necesidades y circunstancias personales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención centrada en la persona: el servicio se adapta a las preferencias y voluntad de las personas usuarias y a sus circunstancias, así como a su proyecto y estilo de vida en cuanto a los horarios, rutinas, días de la semana y tipología de las tareas que se realizan. - Otras medidas que garanticen este derecho. <p>*Si la respuesta es afirmativa, especificar las medidas: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2. <i>Derecho a disponer de un Plan personal de atención y de apoyos o Plan personalizado de teleasistencia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada persona usuaria dispone de un plan personal de atención y de apoyos, en el que, en función de sus necesidades, voluntad y preferencias, se planifican los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su proyecto de vida. - En el caso de no estar implantado, fecha prevista para su implantación: _____ - En el diseño del plan: <ul style="list-style-type: none"> - Se ha realizado una valoración inicial de necesidades y preferencias centrada en la persona. - Se tiene en cuenta la situación de la persona en su domicilio, especialmente teniendo en cuenta la situación de convivencia con otras personas. - Se tiene en cuenta la historia de vida de la persona como fuente de conocimiento central para el diseño de sus sistemas de cuidados y apoyos. - Se tiene en cuenta los apoyos que la persona usuaria recibe desde el entorno familiar. - Se contemplan las necesidades de la persona en el entorno próximo a su domicilio para prevenir situaciones de soledad no deseada. - Participación activa de la persona usuaria y, en su caso, de las personas de referencia en el diseño y evaluación periódica. - En el plan se especifican las tareas que realiza el personal de ayuda a domicilio/teleasistencia u orientan las intervenciones que realizarán las y los profesionales que atiendan a la persona en situación de dependencia. - Periodicidad de revisiones del plan (especificar): _____ - Sistemas de seguimiento y evaluación (especificar): _____ 	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>3. Derecho de participación de las personas usuarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición de medidas, distintas a la participación en el diseño y evaluación periódica del plan de atención centrada en la persona, que garantizan el derecho de participación: _____ - Participación en el entorno comunitario próximo. 	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. Derecho a favorecer la autonomía personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición de medidas que garantizan este derecho: _____ 	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5. Derecho a una atención de calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación y nutrición adaptada a las necesidades de la persona usuaria. - Administración de medicación. - Buen trato a personas usuarias. <p>Procedimientos judiciales sobre hechos denunciados con motivo de la prestación del servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Apertura de diligencias penales: En el caso de que la respuesta sea afirmativa especificar el número: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pronunciamientos judiciales: Sentido del pronunciamiento judicial: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Número de causas archivadas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Número de causas desestimadas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Número de causas estimadas: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medidas adoptadas por la entidad social: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de estado de salud. - Puesta a disposición de quejas y sugerencias. - Otras medidas (especificar): _____ 	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>6. Derecho a la protección de datos personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso de la unidad responsable del tratamiento de datos de carácter personal a tratar los datos con el fin exclusivo de gestionar la prestación del servicio social, así como a garantizar los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, a través de la sede electrónica habilitada al efecto, en cumplimiento en la normativa aplicable en materia de protección de datos. 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>7. Atención en situaciones de emergencia y seguimiento del caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la respuesta es afirmativa, especificar las medidas: _____ 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

OBSERVACIONES/ ACCIÓN REQUERIDA/ PLAZO

4. A.1
4. A.2
4. A.3
4. A.4
4. A.5
4. A.6
4. A.7

B) Organización y funcionamiento.

<p>1. Estar dada de alta en la Seguridad Social, siendo el objeto de su actividad, de forma exclusiva o compartida, los servicios de atención domiciliaria regulados en la Orden de 29 de abril de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, de Desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio y del Servicio de Teleasistencia.</p> <p><input type="checkbox"/> Código de cuenta CNAE 8811 <input type="checkbox"/> Código de cuenta CNAE 8812 <input type="checkbox"/> Código de cuenta CNAE 8899 <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2. Disponer de un sistema de registro en el que se hará constar los datos personales de personas usuarias, datos de identificación del trabajador, tareas diarias básicas realizadas y hora de entrada y salida en su caso.</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Ayuda a domicilio:</p> <p>Atenciones de carácter personal: Cuidados básicos y autocuidado, Atenciones de carácter personal: Atenciones de carácter psicosocial. Atenciones de carácter doméstico. Atenciones de apoyo a la persona cuidadora en el domicilio. Servicios complementarios al Servicio de Ayuda a domicilio prestados por medios propios o ajenos.</p> <p>Lavandería externa Servicio de comidas a domicilio, Adaptaciones para el acondicionamiento del hogar Ayudas técnicas para la autonomía personal Peluquería Podología Mantenimiento funciones físicas y motoras Fisioterapia Terapia ocupacional Otros (especificar): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>b. <input type="checkbox"/> Teleasistencia:</p> <p>Teleasistencia domiciliaria fija Teleasistencia móvil Teleasistencia avanzada</p> <p>c. Descripción de tareas básicas realizadas: _____</p> <p>d. Descripción del seguimiento que se realiza del personal en la ejecución de las tareas realizadas: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3. El trabajo se organiza preferentemente en pequeños equipos de profesionales de proximidad que atienden a las personas usuarias de una misma área territorial.</p> <p>- Otras formas de organizar el trabajo (especificar): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. <input type="checkbox"/> Registro documental <input type="checkbox"/> Registros informáticos:</p> <p>a. Alta, baja y causa.</p> <p>b. Ficha socio-sanitaria, seguimiento y evaluación</p> <p>c. Comunicaciones con la persona usuaria y con las personas de referencia.</p> <p>d. Recursos de atención ante emergencias disponibles en la zona de actuación.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5. Plataforma interoperable que permite conexión con los servicios de información de los servicios sociales de base, con atención primaria de salud y con otros servicios que presten apoyos a la persona en el ámbito del SAAD.</p> <p>- Se ha solicitado el consentimiento expreso de la persona en situación de dependencia o representante legal, de acuerdo con la normativa de protección de datos.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6. La entidad social tiene suscrito un contrato de seguro de responsabilidad civil en vigor y al corriente de pago, en el que consta que cubre las indemnizaciones por daños a las personas usuarias que pudieran derivarse de las actuaciones correspondientes a los servicios de atención domiciliaria.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>7. La entidad social dispone de un Reglamento de Régimen Interior que recoge, como mínimo, los derechos y deberes de las personas usuarias, participación, régimen sancionador, recogida de sugerencias y canalización y resolución de quejas o reclamaciones.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>8. La entidad social suscribe con las personas usuarias o representante un contrato para la prestación del servicio y en cuya redacción se ha tenido en cuenta lo dispuesto en los artículos 82 y siguientes del Texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

OBSERVACIONES/ ACCIÓN REQUERIDA/ PLAZO

4. B.1
4. B.2
4. B.3
4. B.4
4. B.5
4. B.6
4. B.7
4. B.8

<p>1. La entidad social dispone de una plantilla propia y estable que hace viable la prestación del servicio social.</p> <p>a. <input type="checkbox"/> <u>Personal al servicio de ayuda a domicilio:</u></p> <p>a.1 Número total de profesionales: _____</p> <p>a.2 Número total de profesionales de atención directa de primer nivel: _____</p> <p>Número total de personal técnico cuidador: _____</p> <p>Número total de personal auxiliar: _____</p> <p>Número total de personal gerocultor: _____</p> <p>Número mínimo de trabajadores (jornada completa) por cada 1000 horas/mes efectivas de ayuda a domicilio de 7,20:</p> <p>a.3 Personal coordinador o de atención directa de segundo nivel: _____</p> <p>El personal coordinador visita los domicilios como mínimo una vez al año si la persona usuaria tiene reconocido un grado I de dependencia y con mayor frecuencia cuando se trata de personas usuarias que tienen reconocida un grado II y III.</p> <p>En el caso de que no se marque esta opción ¿Se prevé a corto plazo su cumplimiento?</p> <p>a.4 Número total de otros profesionales especificando categorías: _____</p> <p>b. <input type="checkbox"/> <u>Personal al servicio de teleasistencia.</u></p> <p>b.1 Número total de profesionales: _____</p> <p>b.2 Número total de perfil teleasistente o teleoperador: _____</p> <p>b.3 Número total de perfil de coordinador: _____</p> <p>b.4 Número total de perfil supervisor: _____</p> <p>b.5 Número total de otros profesionales especificando categorías: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2. Número de horas anuales prestadas para la atención a personas en situación de dependencia.</p>	
<p>3. El personal cuenta con la titulación académica o cualificación profesional necesaria para el desempeño de sus competencias funcionales.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. La entidad social tiene el compromiso expreso de ajustar las condiciones de trabajo de la plantilla a lo establecido en el convenio colectivo de referencia y a la legislación en materia de prevención de riesgos laborales.</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>5. El personal recibe formación periódica de cuidados y buen trato para la atención de personas en situación de dependencia.</p> <p>a. Indicar periodicidad: _____</p> <p>b. Referencias de cursos programados: _____</p> <p>c. Breve descripción de las medidas adoptadas para la consecución: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
--	--

OBSERVACIONES/ ACCIÓN REQUERIDA/ PLAZO

4. C.1
4. C.2
4. C.3
4. C.4
4. C.5

D) Procedimientos de actuación profesional y de atención a las personas usuarias.

1. Protocolos (documento escrito donde se recoge con el grado de detalle necesario la secuencia de operaciones a realizar para ejecutar una actividad o proceso y la forma de realizarlas).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de atención integral.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de prevención del maltrato.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo contra la violencia de género.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de higiene de manos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de higiene y cuidado personal.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo promoción de autonomía personal y prevención de dependencia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de nutrición e hidratación.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de incontinencia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de participación en el entorno.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de quejas, reclamaciones y sugerencias.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de atención al final de la vida.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de control de la medicación.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de comunicación con familiares y/o personas de referencia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de emergencias (sanitarias y no sanitarias).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de resolución de conflictos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protocolo de utilización de dispositivos de apoyo de diferentes proveedores.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Otros protocolos (especificar): _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Los profesionales reciben copia y son informados y formados para la correcta aplicación de los protocolos indicados, en función de las tareas desempeñadas.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

OBSERVACIONES/ ACCIÓN REQUERIDA/ PLAZO

4. D.1
4. D.2

1. La entidad de servicios sociales cuenta con los medios y elementos materiales suficientes y adecuados para la realización de las actuaciones básicas del servicio y la atención a la persona usuaria. Relación de los medios y elementos disponibles: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. En el caso de prestarse el servicio de teleasistencia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
a) Los pulsadores o sistemas de alarma de los dispositivos garantizan la atención a las personas en situación de dependencia 24 horas al día los 365 días del año.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b) Otros apoyos tecnológicos:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detectores de patrón de actividad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detectores de caídas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dispensadores de medicación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Detectores de aperturas de puertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dispositivos de geolocalización fuera de domicilio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros (especificar): _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c) Los pulsadores de alarma o sistemas de alarma cumplen criterios de accesibilidad:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- Son diferenciables por sus características de color, tamaño, texto, relieve, símbolo, sonido o forma en función de las necesidades de la persona usuaria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
- A las personas usuarias que por sus necesidades lo requieren se les facilita un dispositivo o terminal que puede ser utilizado para generar la información visual (vía texto, mediante comunicación aumentativa y alternativa –con uso de pictogramas o imágenes-, mediante lengua de signos a través de videocomunicación) o sonora.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d) Se suministra información de forma perceptible y comprensible a la persona usuaria y/o personas de referencia.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e) La entidad social cuenta con un sistema de gestión del equipamiento técnico que asegura el mantenimiento preventivo y correctivo de los terminales y dispositivos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

5.1	
5.2	

6. PROTECCIÓN DE DATOS:

El responsable del tratamiento de tus datos personales es la Secretaría General Técnica del Departamento de Bienestar Social y Familia. La finalidad de este tratamiento es la comprobación del cumplimiento de la normativa aplicable durante las visitas de inspección y posteriores requerimientos. La legitimación para realizar el tratamiento de tus datos nos la da el interés público o ejercicio de poderes públicos. No vamos a comunicar tus datos personales a terceros destinatarios salvo obligación legal. Se pueden ejercitar los derechos de [acceso](#), [rectificación](#), [supresión](#), [portabilidad de los datos](#), y los de [limitación](#) y [oposición a los tratamientos](#), 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 <https://protecciondatos.aragon.es/1220>

7. DERECHO DE OPOSICIÓN (artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

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 declarante 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.
- Datos de identidad de la persona jurídica a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria.

Los titulares de los datos de carácter 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>.

8. DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad que, son ciertos cuantos datos figuran en la presente declaración.

Este documento deberá ser firmado electrónicamente por la persona que ejerza la representación de la entidad.

Fecha y firma electrónica.