

COMUNICACIÓN DE VARIACIONES SUSTANCIALES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA PERSONAL

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Salud y Atención a la Dependencia

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)

-(1)- DATOS DEL PRESTADOR QUE PRESENTA LA COMUNICACIÓN

Modalidad de prestación (marcar solo una):

El número que figura junto a cada opción identifica el buzón o la unidad administrativa ante la que deberá presentarse la solicitud.

Entidad prestadora.

Señale la opción correspondiente al tipo de entidad o a la actividad principal desarrollada por la entidad solicitante.

<input type="checkbox"/> FUNDACIÓN/ ASOCIACIÓN DE DISCAPACIDAD (1)	<input type="checkbox"/> FUNDACIÓN/ ASOCIACIÓN DE DEPENDENCIA (2)	<input type="checkbox"/> ENTIDAD SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO ACREDITADO (2)	<input type="checkbox"/> ENTIDAD SERVICIO DE PROMOCIÓN A LA AUTONOMÍA ACREDITADO (2)	<input type="checkbox"/> ENTIDAD EXCLUSIVA DE ASISTENTES PERSONALES (1)
--	--	--	--	--

Persona profesional autónoma (1)

(1): Buzón de Inspección de Servicios MADEX: A11045194

(2): Buzón de Inspección de Mayores: A11030375

Nombre completo del PRESTADOR		Nombre en siglas		NIF / CIF		
Forma Jurídica	Domicilio Social: calle, avda. ...			Núm.	Portal, escalera	Piso, letra
Municipio			Código Postal		Provincia	
Teléfono		Correo electrónico a efecto de notificaciones				
Datos del representante legal (si procede)						
Apellidos y Nombre				NIF / DNI		
Cargo o relación con el PRESTADOR			Teléfono de contacto			

-(2)- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO de Asistencia Personal

Denominación completa del Centro o Servicio		Anagrama o Nombre en siglas		
NIF / CIF	Domicilio Oficina de atención al Público: calle, avda. ...	Núm.	Portal, escalera	Piso, letra
Municipio	Código Postal	Provincia		
Teléfono	Correo electrónico a efecto de notificaciones			

-(3)- OBJETO DE LA COMUNICACIÓN

Mediante la presente, **COMUNICA**:

<ul style="list-style-type: none">• Cambios en la denominación de la entidad titular (Completar punto 4)• Cambio de domicilio fiscal/social (Completar punto 4)• Cambio de forma jurídica (Completar punto 4)• Cambio en la denominación del Servicio de Asistencia Personal (Completar punto 5)• Cualquier otra variación o incidencia respecto de los datos o circunstancias tenidas en cuenta para la autorización y acreditación (Completar punto 6)• Cese del Servicio de Asistencia Personal. Indicar fecha de cese de la actividad: / /

-(4)- DATOS DE LA NUEVA DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD TITULAR, DOMICILIO FISCAL/SOCIAL Y/O FORMA JURÍDICA

Nombre completo del PRESTADOR		Nombre en siglas	NIF / CIF	
Forma Jurídica	Domicilio Social: calle, avda. ...	Núm.	Portal, escalera	Piso, letra
Municipio	Código Postal	Provincia		
Teléfono	Correo electrónico a efecto de notificaciones			
Datos del representante legal (si procede)				
Apellidos y Nombre			NIF / DNI	
Cargo o relación con el PRESTADOR		Teléfono de contacto		

-(5)- DATOS DE LA NUEVA DENOMINACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA PERSONAL

Denominación completa del Centro o Servicio		Anagrama o Nombre en siglas		
Lema (Frase que expresa motivación, intención, ideal, compromiso o conducta de una entidad)		¿Presenta logotipo? SÍ NO		
NIF / CIF	Domicilio Oficina de atención al Público: calle, avda. ...	Núm.	Portal, escalera	Piso, letra
Municipio	Código Postal	Provincia		
Teléfono	Correo electrónico a efecto de notificaciones			

-(6)- CUALQUIER OTRA VARIACIÓN O INCIDENCIA RESPECTO DE LOS DATOS O CIRCUNSTANCIAS TENIDAS EN CUENTA PARA LA AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN.

*Se deberá acompañar de un escrito de remisión debidamente firmado en el que se enumeren todos y cada uno de los documentos aportados.

-(7)- LUGAR, FECHA Y FIRMA

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo.: _____

Firma de la persona solicitante / representante legal

Sello de la entidad (en su caso)

Dirija la solicitud a:

En función del número indicado junto a la modalidad de prestación o al tipo de entidad marcado, la solicitud deberá dirigirse a:

- **Si la opción marcada aparece identificada con el número 1:**
Buzón de Inspección de Servicios MADEX – Personas con discapacidad: **A11045194**
- **Si la opción marcada aparece identificada con el número 2:**
Buzón de Inspección de Mayores: **A11030375**

Lugar de presentación de la solicitud:

La solicitud podrá presentarse en la **Consejería de Sanidad y Atención a la Dependencia**, en cualquier registro de la **Junta de Extremadura**, en los **ayuntamientos adheridos al convenio de Ventanilla Única con la Junta de Extremadura**, así como en cualesquiera de los demás lugares previstos en el artículo 16 de la **Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas**.