

2428. ESCRITO DE DENUNCIA

D/D^a: _____ con NIF _____

- en calidad de **persona USUARIA** de servicios sociales especializados.
- en **calidad de representante** **por vínculo con la persona usuaria** de servicios sociales especializados.
- en interés en la mejora del funcionamiento de los servicios sociales especializados (esta opción se marcará cuando la actuación no se enmarque en los supuestos anteriores).

1. SOLICITA:

Inicio de actuaciones de comprobación de los hechos que se ponen de manifiesto.

2. DATOS DE LA PERSONA DENUNCIANTE:

Nombre y apellidos:	
NIF:	
Teléfono:	
Comunicaciones:	<input type="checkbox"/> a través de correo electrónico <input type="checkbox"/> por correo ordinario
Correo electrónico:	
Domicilio (dirección completa):	
Código Postal:	
Provincia:	
Municipio:	
Localidad:	

En el caso de que la persona que interponga la denuncia no sea la persona usuaria deberá completarse la siguiente información:

Vínculo con la persona usuaria:	<input type="checkbox"/> Parentesco: <input type="checkbox"/> Parentesco por consanguinidad <input type="checkbox"/> Parentesco por afinidad (matrimonio) <input type="checkbox"/> Parentesco adoptivo. <input type="checkbox"/> Relación estable de afectividad/Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Persona de referencia <input type="checkbox"/> Otros: _____
Representación voluntaria:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Representación legal:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso de fallecimiento, condición de persona heredera:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

3. DATOS DE LA PERSONA USUARIA:

Nombre y apellidos:	
NIF:	
Edad:	
Capacidad cognitiva:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dependencia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Grado de dependencia reconocida:	<input type="checkbox"/> GRADO I <input type="checkbox"/> GRADO II <input type="checkbox"/> GRADO III
Medidas de apoyo:	<input type="checkbox"/> Medidas voluntarias <input type="checkbox"/> Guarda de hecho <input type="checkbox"/> Curatela (medida judicial) <input type="checkbox"/> Defensor judicial (medida judicial) <input type="checkbox"/> Ninguna

4. DATOS DE LA ENTIDAD SOCIAL Y DEL CENTRO O SERVICIO SOCIAL ESPECIALIZADO:

DATOS ENTIDAD TITULAR/GESTORA:

Entidad titular:	
Nº inscripción:	
Entidad gestora:	
Nº inscripción:	

* El número de inscripción en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales y otros datos de información básica pueden consultarse en el siguiente enlace: <https://aplicaciones.aragon.es/recsspub>

DATOS DEL CENTRO SOCIAL ESPECIALIZADO:

Nombre comercial del centro:	
Nº inscripción:	
Domicilio (dirección completa): Código Postal: Provincia: Municipio: Localidad:	

* El número de inscripción en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales y otros datos de información básica pueden consultarse en el siguiente enlace: <https://aplicaciones.aragon.es/recsspub>

DATOS RELACIONADOS CON LA PERSONA USUARIA:

Nº habitación asignada a la persona usuaria:	
Habitación:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Compartida
Planta:	
Plaza concertada:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

5. INFORMACIÓN HECHOS QUE SE DENUNCIAN:

Fecha de los hechos:	
Asunto:	<input type="checkbox"/> Derechos de las personas usuarias: <input type="checkbox"/> Derecho a recibir una atención social ajustada a las necesidades y circunstancias específicas personales. <input type="checkbox"/> Derecho a disponer de un Plan de atención personalizada y a su revisión permanente. <input type="checkbox"/> Derecho de participación. <input type="checkbox"/> Derecho a la autonomía personal. <input type="checkbox"/> Derecho a una atención de calidad. <input type="checkbox"/> Alimentación. <input type="checkbox"/> Administración de medicación. <input type="checkbox"/> Trato a personas usuarias o personal. <input type="checkbox"/> Seguimiento estado de salud: atención sanitaria a través de medios propios y/o ajenos. <input type="checkbox"/> Ratios de personal. <input type="checkbox"/> Cualificación profesional. <input type="checkbox"/> Conocimiento y uso de mecanismos de quejas y sugerencias y contestación a las mismas. <input type="checkbox"/> Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas. <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____

	<p><input type="checkbox"/> Condiciones funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reglamento de régimen interior/contrato de admisión. <input type="checkbox"/> Llevanza libro de registro de personas usuarias. <input type="checkbox"/> Llevanza ficha socio-sanitaria de la persona usuaria. <input type="checkbox"/> Organización higiénico-sanitaria. <input type="checkbox"/> Exposición en tablón de anuncios: inscripción en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales; otros títulos habilitantes (municipal, sanitarios etc.); reglamento de régimen interior; persona que ejerce la dirección del centro y designación de personas que la sustituyen en ausencia; tarifa de precios; menús. <input type="checkbox"/> Pólizas de seguros. <input type="checkbox"/> Equipamiento. <input type="checkbox"/> Otras: _____ <p><input type="checkbox"/> Condiciones materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accesibilidad. <input type="checkbox"/> Mantenimiento de las instalaciones, mobiliario y enseres. <input type="checkbox"/> Ventilación y cumplimiento de umbrales de temperatura (verano 23-25° C –invierno 21-23°). <input type="checkbox"/> Agua caliente en todos los puntos de consumo. <input type="checkbox"/> Teléfono de uso público. <input type="checkbox"/> Medidas de prevención y seguridad en materia de incendios. <input type="checkbox"/> Otras: _____
EXPOSICIÓN	

(*) Normativa: Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón; Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados; 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.

6. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

1. Documentación acreditativa del vínculo que existe con la persona usuaria de servicios sociales especializados en función de la opción marcada:
 - Libro de familia.
 - Certificado de pareja estable no casada (inscripción en el Registro de parejas estables no casadas del Gobierno de Aragón).
 - Certificado de empadronamiento.
 - Otra: _____

2. Documentación acreditativa de la representación:
 - Documento de apoderamiento.
 - Pronunciamientos judiciales (medida judicial de apoyo).
 - Acreditación condición de persona heredera (título de herencia, declaración de herederos ab intestato: acta de conclusión de la declaración de herederos).
 - Otra: _____

3. Documentación funcional:
 - Documentación acreditativa de la condición de persona usuaria (certificado, contrato de admisión, recibos).
 - Reglamento de régimen interior.

4. Documentación probatoria relacionada con el asunto sobre el que se presenta la denuncia:
 - Cartas, comunicaciones y/o informes.
 - Documentación clínica e informes médicos que avalen la presunta negligencia.
 - Fotografías.
 - Otra: _____

5. Procedimiento judicial sobre hechos denunciados:
 - Apertura diligencias penales.
 - Pronunciamientos judiciales.

7. AUTORIZACIÓN:

SI No autorizo al personal adscrito al Servicio de Ordenación de Servicios Sociales, en el ejercicio de funciones de inspección, para recabar cuantos datos clínicos u otra información de naturaleza personal resulten imprescindibles para la adecuada averiguación y valoración de los hechos que han sido puestos de manifiesto en la denuncia presentada.

8. PROTECCIÓN DE DATOS:

La unidad responsable de los datos recogidos en este formulario es la Secretaría General Técnica del Departamento de Bienestar Social y Familia. Sus datos de carácter personal serán tratados con el fin exclusivo de gestionar las denuncias sobre el funcionamiento de servicios sociales especializados de titularidad pública o privada de la Comunidad Autónoma de Aragón. 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.

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

- Datos de identificación fiscal (Agencia Estatal de Administración Tributaria).

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.

9. 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 el inicio de actuaciones de comprobación de los hechos que se ponen de manifiesto.

En _____, _____ de _____ de _____

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE.

Fdo.: _____