

## SOLICITUD

## COOPERACIÓN EN EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL DE MENORES

 PROGRAMAS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN  
CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES

 PROGRAMAS DE APOYO Y COMPLEMENTO AL  
ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Orden de ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

1 DATOS DE LA ENTIDAD Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		Nº REGISTRO SERVICIOS SOCIALES		CIF
DOMICILIO				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL				DNI/NIF
CARGO				
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		

2 DATOS DEL CENTRO DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROGRAMA				
NOMBRE		Nº REGISTRO SERVICIOS SOCIALES		CIF
DOMICILIO				
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO
EN CASO DE PROGRAMAS DE APOYO Y COMPLEMENTO AL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL				
TIPO DE CENTRO: <input type="checkbox"/> Centro de día. <input type="checkbox"/> Servicio con Centro. <input type="checkbox"/> Servicio sin Centro.				

3 PROGRAMA QUE SE PROPONE		
<input type="checkbox"/> Programa de acogida inmediata. <input type="checkbox"/> Programa de atención residencial básica. <input type="checkbox"/> Programa específico de madres gestantes. <input type="checkbox"/> Programa específico de emancipación. <input type="checkbox"/> Programa específico de atención a menores con discapacidad. <input type="checkbox"/> Programa específico de atención a menores en conflicto social. <input type="checkbox"/> Programa específico de atención a menores con trastornos de conducta. <input type="checkbox"/> Otro programa específico (especificar): ..... ..... <input type="checkbox"/> Programa de apoyo y complemento al acogimiento residencial (especificar): ..... .....		
EN CASO DE PROGRAMAS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL	GÉNERO	EDADES DE LOS MENORES
Nº de plazas: .....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mixto	Desde los ..... a los ..... años

000672/1

<b>4</b>	<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)</b>
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la habilitación como Entidad Colaboradora en el desarrollo de programas de acogimiento residencial en Centros de Protección de Menores y/o programa de apoyo y complemento al mismo. <input type="checkbox"/> Acreditación del Registro de Centros y autorización de funcionamiento. <input type="checkbox"/> Memoria explicativa del programa a desarrollar, sus recursos y funcionamiento.	

<b>5</b>	<b>SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>El/la abajo firmante <b>DECLARA</b>, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.          Se <b>COMPROMETE</b> a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por la Orden de regulación y <b>SOLICITA</b> cooperar en el desarrollo del programa de protección de menores antes referenciado, mediante la suscripción del Convenio correspondiente, al amparo de la Orden de ..... de ..... de 2005, por la que se regula la cooperación entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y las Entidades Colaboradoras en el acogimiento residencial de Centros de Protección de Menores.</p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">EL/LA REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: right;">Fdo.: .....</p>	

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL SOCIAL EN .....