|  |
| --- |
| **FITXA D'ALTA D'ASSOCIAT** |
| A l'atenció de la presidenta d'ACRA:  (nom i cognoms del representant legal), en nom i representació de (nom de l'entitat), **SOL·LICITO** l'admissió de l'entitat com a soci assistencial de l'Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA).  Signatura del representant legal i segell de l'entitat:  (població),       de       de 2022 |

|  |
| --- |
| **FORMALITZACIÓ I DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA** |
| **Per formalitzar la inscripció com a soci d’ACRA,**  **ompliu, si us p**l**au, aquesta sol·licitud.**  **També cal que ens adjunteu fotocòpia o escaneig de la següent documentació:**   * **Còpia dels Estatuts socials vigents de l'entitat, en cas de ser persona jurídica** * **Còpia del NIF de l’entitat, en cas de ser persona jurídica** * **Còpia del Apoderament del representant legal de l’entitat, en cas de ser persona jurídica** * **Còpia del DNI de la persona interessada o, en cas de ser persona jurídica, del seu representant legal** * **Còpia de la Resolució de la inscripció al registre corresponent (autorització administrativa)** * **Còpia de l’últim TC-2, on es reflecteixi el número de treballadors** * ***Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA***   **que us adjuntem**  **Podeu enviar-nos la documentació**  **per correu postal a** ACRA · Calàbria, 236 – 240 (local 1) · 08029 Barcelona,  **o bé per correu electrònic a** acra@acra.cat |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES GENERALS DE L'ENTITAT** | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l'entitat** |  | | | | | | | | | | | | |
| NIF |  | | | | | | | | | | | | |
| Grup empresarial |  | | | | | | | | | | | | |
| Adreça |  | | | | | | CP | |  | | | | |
| Província |  | | | | | | Comarca | |  | | | | |
| Població |  | | | | | | Districte | |  | | | | |
| Telèfon |  | | | | | | Web | |  | | | | |
| Correu electrònic |  | | | | | | | | | | | | |
| Nº registre entitat |  | | | | | | Data registre | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | | | |
| **Tipus d'entitat** |  | | | | | |  | |  | | | | |
| Entitat privada iniciativa mercantil | | | | Entitat privada iniciativa social | | | | | | Entitat pública | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | |
| Número SS |  | | | | | | CNAE | |  | | | | |
| Xifra global de negoci |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| **Treballadors totals de l'entitat** | | | | | |  | |
| Desglosseu el número de treballadors per categoria: | | | | | | | | | | | | |
| Personal de direcció | | |  | | Personal assistencial - FP | | | | | |  | |
| Personal assistencial - Titulats Superiors | | |  | | Personal assistencial - Sense grau acadèmic | | | | | |  | |
| Personal assistencial - Grau Mig | | |  | | Personal administratiu | | | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | | | |  | |
| **Convenis laborals** |  |  | | | | | | | | | |
| VII *Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal* | | | | | | | | | | | | |
| IV Conveni col·lectiu de treball d’empreses d’atenció domiciliària de Catalunya per als anys 2015 a 2018 | | | | | | | | | | | | |
| Conveni col·lectiu de treball per als centres sociosanitaris i/o de salut mental de Catalunya amb activitat concertada amb el Servei Català de la Salut per als anys 2007-2008 (7902625) | | | | | | | | | | | | |
| Conveni col·lectiu d’establiments sanitaris d’hospitalització, assistència, consulta i laboratoris d’anàlisis clíniques de Catalunya (7900815) | | | | | | | | | | | | |
| Altres | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Dades bancàries per a la domiciliació de quotes** | | | | | | | | | | | | |
| Titular del compte |  | | | | | | | | | | | | |
| Número de compte |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTACTES DE L'ENTITAT** | | | |
| **Representant legal de l'entitat** | | | |
| Nom |  | Cognoms |  |
| Càrrec |  | | |
| Correu electrònic |  | | |
| Telèfon |  | Telèfon mòbil |  |
| |  | | --- | | Aquest usuari rebrà correspondència d'ACRA | | Aquest usuari podrà accedir a la *Zona per a socis* del web d'ACRA | | | | |
| **Altres contactes de l'entitat** | | | |
| Nom |  | Cognoms |  |
| Càrrec |  | | |
| Correu electrònic |  | | |
| Telèfon |  | Telèfon mòbil |  |
| Aquest usuari rebrà correspondència d'ACRA | | | |
| Aquest usuari podrà accedir a la *Zona per a socis* del web d'ACRA | | | |
| Nom |  | Cognoms |  |
| Càrrec |  | | |
| Correu electrònic |  | | |
| Telèfon |  | Telèfon mòbil |  |
| Aquest usuari rebrà correspondència d'ACRA | | | |
| Aquest usuari podrà accedir a la *Zona per a socis* del web d'ACRA | | | |
| **Comentaris** | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES DEL SERVEI (omplir un full per a cada servei)** | | | | |
| **Tipologia de servei** |  | | | |
| Nom del servei |  | | | |
| Adreça |  | | CP |  |
| Província |  | | Comarca |  |
| Població |  | | Districte |  |
| Telèfon |  | | Web |  |
| Correu electrònic |  | | | |
| Nº registre servei |  | | Data registre |  |
| *Si l'adreça i les dades de contacte es corresponen amb les de l'entitat, no és necessari que les ompliu.* | | | | |
| **Naturalesa del servei** | | | | |
| Privat | Públic |  | | |
| En cas que sigui públic, seleccioneu una opció | | | | |
| **Places del servei** | | | | |
| Total de places |  | |  |  |
| Places col·laboradores |  | | Places concertades |  |
| Persones amb prestació econòmica vinculada (PEVS) | Sí  No | | Número de PEVS |  |
| **Persones ateses pel servei (SAD, Teleassistència i Tuteles)** | | | | |
| Total de persones |  | |  |  |
| Ateses privadament |  | | Ateses a través procediment públic |  |
| **Contactes del servei** | | | | |
| Nom |  | | Cognoms |  |
| Càrrec |  | | | |
| Correu electrònic |  | | | |
| Telèfon |  | | Telèfon mòbil |  |
| Aquest usuari rebrà correspondència d'ACRA  Aquest usuari podrà accedir a la *Zona per a socis* del web d'ACRA  *Si el contacte del servei coincideix amb algun dels contactes de l'entitat, indiqueu només el nom i cognoms.* | | | | |
| **Comentaris** | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES DEL SERVEI (omplir un full per a cada servei)** | | | | |
| **Tipologia de servei** |  | | | |
| Nom del servei |  | | | |
| Adreça |  | | CP |  |
| Província |  | | Comarca |  |
| Població |  | | Districte |  |
| Telèfon |  | | Web |  |
| Correu electrònic |  | | | |
| Nº registre servei |  | | Data registre |  |
| *Si l'adreça i les dades de contacte es corresponen amb les de l'entitat, no és necessari que les ompliu.* | | | | |
| **Naturalesa del servei** | | | | |
| Privat | Públic |  | | |
| En cas que sigui públic, seleccioneu una opció | | | | |
| **Places del servei** | | | | |
| Total de places |  | |  |  |
| Places col·laboradores |  | | Places concertades |  |
| Persones amb prestació econòmica vinculada (PEVS) | Sí  No | | Número de PEVS |  |
| **Persones ateses pel servei (SAD, Teleassistència i Tuteles)** | | | | |
| Total de persones |  | |  |  |
| Ateses privadament |  | | Ateses a través procediment públic |  |
| **Contactes del servei** | | | | |
| Nom |  | | Cognoms |  |
| Càrrec |  | | | |
| Correu electrònic |  | | | |
| Telèfon |  | | Telèfon mòbil |  |
| Aquest usuari rebrà correspondència d'ACRA  Aquest usuari podrà accedir a la *Zona per a socis* del web d'ACRA  *Si el contacte del servei coincideix amb algun dels contactes de l'entitat, indiqueu només el nom i cognoms.* | | | | |
| **Comentaris** | | | | |