

Quiero formar parte de la Asociación

Folleto Informativo



Dependentias Asociación es una Entidad **Estatal** Sin Ánimo de Lucro, constituida en 2007, cuyos principales objetivos se centran en el desarrollo de servicios y recursos para el apoyo a las personas y entidades que representan a colectivos de personas sin autonomía o en situación de dependencia.

Las principales actividades de la Asociación se centran en la prestación de servicios como Entidad Autorizada de SAD - Teleasistencia, y también iniciativas de empleo y capacitación relacionadas con el desarrollo e implantación de la "Ley de Dependencia".

Estas son sólo algunas de las ventajas que permite ser socio/a de la Asociación:

1. Línea 900 gratuita: Los socios disponen de una línea de asesoramiento telefónico gratuita 900 40 43 00, para temas relacionados con la Ley de Dependencia y sus prestaciones/servicios).
2. Aviso SMS de la publicación de ofertas de trabajo en el sector asistencial
3. Envío regular de noticias y ofertas de trabajo relacionadas con la Ayuda a Domicilio
4. Descuento en la prestación de servicios residenciales
5. Descuentos en la prestación de servicios de labores domésticas o asistencia personal
6. Descuentos en servicios de teleasistencia y terminales móviles Mimov
7. Prioridad en la aprobación de créditos para la prestación de servicios
8. Descuentos en la prestación de servicios de psicogerontología o psicología clínica
9. Descuentos en el alquiler/compra de ayudas técnicas (camas, sillas de ruedas, grúas...)
10. Prioridad en la participación en cursos, conferencias y talleres gratuitos
11. Descuentos en cursos de formación (incluso del 100%)
12. Asesoramiento gratuito para la tramitación de ayudas para la solicitud de prestaciones económicas relacionadas con la Ley de Dependencia
13. Prioridad en la realización de prácticas laborales en los domicilios de la Asociación
14. Prioridad en la participación en grupos de voluntariado social de la Asociación.
15. Prioridad en la participación en foros o jornadas profesionales de formación/capacitación.

Quiero ser soci@ de Dependencias

Instrucciones para darse de alta como “socio@”

¿Quién puede ser socio-a de Dependencias?

DEPENDIENTES	FAMILIARES	SIMPATIZANTES
Personas Sin Autonomía, en Situación de Dependencia o en proceso de reconocimiento	Familiares de Personas Sin Autonomía, en Situación de Dependencia o en proceso de reconocimiento	Interesados/as –en general- por las actividades y servicios que ofrece la Asociación (a nivel particular)
Copia DNI Resolución Grado – Nivel (o copia de la solicitud de reconocimiento) Justificante pago semestre (25 €)	Copia DNI del familiar Justificante pago semestre (25 €)	Copia DNI Justificante pago semestre (25 €)
ENTIDADES DE SERVICIO/ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA		
Copia CIF DNI representante legal Copia Escritura / Estatutos Autorización Administrativa Copia justificante pago semestre (150 €)		

Tres pasos , para asociarse

Paso 1	Paso 2	Paso 3
Rellenar la “Hoja de Solicitud” para formar parte de la Asociación	Ingresar la cuota correspondiente al primer semestre	Entregar la “Hoja de Solicitud”, el “Justificante de Pago” a la Asociación y la Documentación requerida para cada perfil
Se encuentra al final de esta información. También puede descargarla directamente desde nuestra web	Este paso no es necesario realizarlo si nos autoriza al cargo en su cuenta. En caso contrario, deberá entregarnos el justificante del pago realizado en nuestro número de cuenta: 2100-5042-36-0200032345 [La Caixa]	Personalmente, en nuestras oficinas de la c/ San Nicolás, 79-Bajo (horario de mañanas, de lunes a viernes) Por correo electrónico: a la dirección info@dependencias.net Por fax: Al número 965524651

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA “ASOCIACIÓN ESTATAL PARA EL
DESARROLLO DE SERVICIOS Y RECURSOS DE APOYO A LA DEPENDENCIA”
COMO SOCIO/A**

DEPENDIENTE	FAMILIAR	SIMPATIZANTE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL/A SOLICITANTE

DNI	
APELLIDOS	
NOMBRE	
DIRECCIÓN COMPLETA	
LOCALIDAD	
C.P.	
TELÉFONO DE CONTACTO 1 (fijo)	
TELÉFONO DE CONTACTO 2 (móvil)	
Correo electrónico	
Profesión/Estudios finalizados	
Empresa en la que trabaja	

En caso de Empresa/ Entidad:

CIF	
Razón Social	
DNI Rpte. Legal	
Apellidos y Nombre Rpte. Legal	

El/la abajo firmante, en su nombre o en nombre de la Entidad a la que representa, autoriza a la Asociación Estatal para el Desarrollo de Servicios y Recursos de Apoyo a la Dependencia (CIF: G54306212) a cargar en la cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

los importes de sus cuotas como socio-a de la Asociación.

Autorización que se firma en la localidad dea
.....dede 20.....

Fdo.: