MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AYUDA SOCIAL PARA CELÍACOS

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ El que se indica a continuación	Calle y número Código Postal y Localidad	Provincia

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")	N.I.F.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- La documentación que se indica en este modelo se refiere a las primeras solicitudes de ayuda.
- Informe médico extendido por el facultativo que corresponda al asegurado según su modalidad asistencial que exprese la condición de celíaco del beneficiario.
- Autorización firmada por cada uno de los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, para la consulta de datos fiscales a la Agencia Tributaria y fotocopia del DNI de los mismos (sólo la primera vez que se solicita la ayuda).

  En el País Vasco y Navarra no será necesario aportar la documentación precedente, debiendo presentar fotocopia de la declaración del IRPF, del Modelo de devolución del exceso de ingresos a cuenta o certificado de imputaciones de renta en caso de no tener obligación de declarar, de todos los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, todos ellos referidos al periodo impositivo anterior en dos años al de la solicitud.
- Declaración jurada de pensiones o prestaciones percibidas por la unidad familiar de otros Regímenes Públicos de protección social distintos del ISFAS, que tengan el carácter de exentas o no estén sujetas al impuesto de la renta de las personas físicas y autorización para realizar verificaciones o consultas necesarias con las Administraciones Públicas competentes.
- Para los residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, con los documentos necesarios se acompañará de su traducción al español.

DATOS PARA EL PAGO

☐ PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE

Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.

COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.

b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.

c) Que la documentación que se ha unido a la solicitud es veraz y me comprometo a conservar los documentos originales en mi poder durante 4 años.

d) Que autorizo al ISFAS a consultar a las Administraciones Públicas o a terceros, incluidos los emisores de las facturas aportadas, los datos que fueran precisos para verificar el derecho a la prestación solicitada.

Y **SOLICITO** la ayuda indicada en la cuantía que corresponda.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA
(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorizacion con copia del DNI del titular y representante)

NIF del representante :

Relación con el titular:

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

SP- 10.1.2.1

Ejemplar para el ISFAS

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)

MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AYUDA SOCIAL PARA CELÍACOS

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU Nº DE AFILIACIÓN.

S O L I C I T U D

Número de Afiliación: **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ El que se indica a continuación	Calle y número	
		Código Postal y Localidad	Provincia

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")	N.I.F.

INFORMACIÓN DE LA AYUDA

- Es una ayuda social tiene carácter anual y está destinada a paliar las especiales necesidades de los pacientes celíacos menores de 18 años.
- Existe un límite máximo y un límite mínimo para la ayuda fijados en la normativa aplicable y sus cuantificación se realiza en función del nivel de renta disponible acreditado por la Unidad Familiar.
- El derecho a esta ayuda se reconocerá para el ejercicio en que se solicite, sin posibilidad de extender sus efectos a ejercicios anteriores o posteriores.
- Las solicitudes de afiliados residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, se dirigirán directamente a las Delegaciones del ISFAS, a cuyo colectivo esté adscrito el titular.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.
- Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

El tratamiento de los datos personales precisos para la tramitación del presente procedimiento corresponde al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Dichos datos no se cederán a terceros salvo en cumplimiento de una obligación legal, garantizándose en todo caso las posibilidades de acceso oposición, rectificación, limitación o supresión de los mismos ante el ISFAS, C/ Huesca 31-28020-Madrid, o en la dirección de correo OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es

La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad

Ejemplar para sellar y devolver al interesado (Artículo 42 y 70 de la Ley 30/92, modificada por la Ley 4/1999). *SP- 10.1.2.2*

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)

MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Social de las Fuerzas Armadas a solicitar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria los datos del **Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, de pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas del ejercicio correspondiente** que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir y mantener la ayuda económica de solicitada por el afiliado indicado a continuación.

La presente autorización se otorga a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del art. 95.1k) de la Ley 58/2003, General Tributaria, que permite previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las AA.PP., para el desarrollo de sus funciones.

Titular y /o representante de beneficiarios: Firmas

Número de afiliación: **28/7**

Código de expediente:

Apellidos y nombre: N.I.F:

Beneficiarios mayores de 18 años que también prestan autorización

Cónyuge /conviviente (Excepto defunción, los datos deberán cumplimentarse en todo caso)

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

, a de de

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS
INSTITUTO SOCIAL DE
LAS FUERZAS ARMADAS

DECLARACIÓN DE PENSIONES o PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF
(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., Nº de afiliación al ISFAS:.....

DECLARO bajo mi responsabilidad que, durante el ejercicio de 20..(*), tanto yo como otros miembros de mi unidad familiar (**) hemos percibido las siguientes pensiones o prestaciones, incluidas en la acción protectora de cualquier régimen público de protección social distinto del ISFAS, que tienen el carácter de exentas o no están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Por los conceptos en que no haya percibido cantidad alguna, anote "0"):

PENSIONES O PRESTACIONES ECONÓMICAS	ENTIDAD PAGADORA	Importe (euros)
Pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez de la Seguridad Social, contributivas o no contributivas, o equivalentes del Régimen de Clases Pasivas del Estado.		
Prestaciones de gran invalidez.		
Pensiones extraordinarias de invalidez, viudedad u orfandad, por actos de terrorismo.		
Pensiones de orfandad.		
Prestaciones por hijo o menor acogido a cargo de persona con discapacidad con complemento de tercera persona.		
Pensiones generadas y devengadas en el extranjero.		
Prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia percibidas en el ejercicio en que se solicita la ayuda.		

(*) Se consignarán las rentas obtenidas en el segundo ejercicio anterior a aquel para el que se solicita la ayuda, salvo las prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia, que deberán corresponder al mismo ejercicio para el que se solicita.

(**) Se considera Unidad Familiar la constituida por el titular, las personas incluidas en su documento de afiliación y, en todo caso, el cónyuge o conviviente aunque no esté incluido en el campo de aplicación del Régimen Especial de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas. En el supuesto de titulares por derecho derivado de orfandad, menores de edad, se incluirá al progenitor con el que convivan, si lo hubiere.

A estos efectos, se deberán acompañar certificaciones relativas a los ingresos percibidos en el año 20.., de organismos distintos del ISFAS, exentos del IRPF. Este requisito no será necesario para renovaciones posteriores.

Para todos los solicitantes, hayan percibido o no pensiones o prestaciones exentas del IRPF:

El/los abajo firmante/s autoriza/n al ISFAS para realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

En....., a ..... de ..... de 20 ...

Firma del titular:

Firma de los otros miembros de la unidad familiar (consignar nombre y apellidos y DNI):

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Los datos contenidos en esta Declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.