

SOLICITUD

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	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número																																																															
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	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.																																																														
PRESTACIONES																																																																	
<input type="checkbox"/> AUDÍFONO (PARA BENEFICIARIOS MAYORES DE 16 AÑOS) <input type="checkbox"/> LARINGÓFONO <input type="checkbox"/> CÁNULAS DE PLATA PARA TRAQUEOTOMÍA Y LARINGUECTOMÍA <input type="checkbox"/> REPARACIÓN DE LAS ANTERIORES																																																																	
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE																																																																	
<ul style="list-style-type: none"> Informe médico de prescripción. En el caso de solicitudes de prestación por gastos en cánulas de plata para traqueotomía y laringuectomía el informe del especialista deberá justificar la necesidad de este tipo de cánulas. Factura original de la empresa suministradora en la que deberá detallar el concepto por el que solicita la prestación y demás requisitos legales establecidos. Salvo desestimación de la solicitud, las facturas no podrán ser devueltas hasta que finalice el procedimiento, por lo que si se desea una copia sellada, deberá presentarse una fotocopia junto con el original. Al tratarse de un reintegro de gastos, las facturas deberán dejar constancia de su pago. De no ser así, se acompañará recibo acreditativo del abono de su importe. 																																																																	
DATOS PARA EL PAGO																																																																	
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE																																																																	
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>																																																																	
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
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 Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social, salvo las que, en su caso, se detallan en la declaración que se adjunta. Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.						LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular) (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)																																																											
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS																																																																	

SOLICITUD

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	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	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.
PRESTACIONES			
<input type="checkbox"/> AUDÍFONO (PARA BENEFICIARIOS MAYORES DE 16 AÑOS) <input type="checkbox"/> LARINGÓFONO <input type="checkbox"/> CÁNULAS DE PLATA PARA TRAQUEOTOMÍA Y LARINGUECTOMÍA <input type="checkbox"/> REPARACIÓN DE LAS ANTERIORES			
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> El período mínimo de renovación ordinaria de estas prestaciones será de 4 años desde la fecha de factura, excepto para las cánulas de plata para traqueotomía que no están sujetas a plazo de renovación. La ayuda para audífono es incompatible con la prestación de audífono prevista en el Catálogo del ISFAS sobre Material Ortoprotésico. Cuando se prescriba la adaptación bilateral de audífonos, ambos podrán ser objeto de ayuda económica. Las reparaciones de audífonos y laringófonos pueden ser también objeto de ayuda, con un máximo del 50% de la ayuda establecida para su adquisición. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> El plazo para tramitar el procedimiento de la primera solicitud 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			
<p>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</p> <p>La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</p>			