

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7		DATOS DEL TITULAR			NIF	
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 <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación		Calle y número		Provincia
				Código Postal y Localidad		
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN						
Nº de orden		Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			NIF	
SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA		CÓDIGO DE EXPEDIENTE	IMPORTE (€)	SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA		CÓDIGO DE EXPEDIENTE
<input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA				<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE ORTODONCIA		
<input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR				<input type="checkbox"/> TARTECTOMIA O LIMPIEZA DE BOCA		
<input type="checkbox"/> PIEZAS, FUNDAS O CORONAS				<input type="checkbox"/> IMPLANTE OSTEOINTEGRADO		
<input type="checkbox"/> EMPASTES, OBTURACIONES O RECONSTRUCCIONES				<input type="checkbox"/> OTRAS (ESPECIFICAR)		
<input type="checkbox"/> ENDODONCIAS (CADA PIEZA TRATADA)						
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE						
<ul style="list-style-type: none"> Factura original del odontólogo o estomatólogo (o de la clínica dental en que trabaje) en la que deberá figurar el detalle del tratamiento efectuado 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 desea una copia sellada, deberá presentarse una fotocopia junto con el original. En las facturas por tratamientos de rehabilitación prótesis dentarias, se deben desglosar todos los conceptos detallando expresamente el coste de la prótesis correspondiente al coste del laboratorio protésico. Cuando se aporte factura emitida por un protésico dental, deberá aportarse también la factura o el informe del odontólogo o estomatólogo que hubiera realizado el tratamiento de rehabilitación con prótesis. 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. En los casos de tratamientos de ortodoncia, si el beneficiario para el que se solicita la ayuda ha cumplido los 18 años, informe del especialista, en el que constará la fecha de inicio del tratamiento. 						
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>						
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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.				LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)		
Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.				(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"/> DENTADURA COMPLETA <input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR <input type="checkbox"/> PIEZAS, FUNDAS O CORONAS <input type="checkbox"/> EMPASTES, OBTURACIONES O RECONSTRUCCIONES <input type="checkbox"/> ENDODONCIAS (CADA PIEZA TRATADA)		<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INICIADO ANTES DE LOS 18 AÑOS <input type="checkbox"/> TARTECTOMIA O LIMPIEZA DE BOCA <input type="checkbox"/> IMPLANTE OSTEOINTEGRADO, COMPATIBLE CON PIEZA O DENTADURA <input type="checkbox"/> OTRAS (ESPECIFICAR)	
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Estas prestaciones consisten en ayudas económicas baremadas según la normativa vigente en cada momento, que en ningún caso podrán ser superiores al coste real abonado. Las piezas, fundas o coronas provisionales no originan ayuda, así como tampoco los tratamientos reparadores sobre dentición temporal. El conjunto de las ayudas para tratamientos de rehabilitación con prótesis dentarias estarán sujetas a un plazo de renovación de tres años, de forma que la máxima ayuda que podrá reconocerse a un beneficiario por cualquier tipo de tratamiento con prótesis dentarias (completa, superior, inferior o por piezas, fundas o coronas) será de 560 € cada tres años, a contar retrospectivamente desde la fecha de solicitud. La ayuda por rehabilitación con prótesis completa será incompatible con otras prestaciones dentarias, con la excepción de las ayudas por implantes osteointegrados. La prestación por ortodoncia es por una sola vez, siendo imprescindible que el tratamiento se haya iniciado antes de los 18 años. La ayuda para implantes osteointegrados sólo se podrá conceder para un máximo de seis implantes por cada beneficiario. La ayuda por tartrectomía sólo se podrá conceder una vez por cada año natural. Los beneficiarios con asistencia completa por Entidades de Seguro no pueden acceder a esta ayuda, ya que este tratamiento es objeto de cobertura a cargo de la respectiva Entidad, siempre que se cumpla la tramitación establecida en el vigente Concierto. Con carácter general, no serán objeto de estas ayudas los tratamientos odontológicos incluidos entre las prestaciones objeto de los Conciertos suscritos entre ISFAS con Entidades de Seguro. 			
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>			