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 SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

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

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- Original o copia compulsada de la Resolución de Licencia (F.17R) correspondiente al cuarto mes y, en su caso, a los siguientes transcurridos en esta situación (F.17).
- Certificado de la Pagaduría sobre las retribuciones percibidas en el mes en el que se produzca la primera licencia.

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:

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

Y **SOLICITO** la prestación 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

Ejemplar para el ISFAS *SP- 9.1.2.1*

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 SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

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

INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- Sólo pueden ser beneficiarios de esta prestación los funcionarios civiles y el personal estatuario del CNI.
- El derecho al subsidio surge desde que comienza el cuarto mes de licencia por enfermedad o accidente y se puede percibir durante un máximo de 21 meses.

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 *SP-9.1.2.2*

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