

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.
<input type="checkbox"/> PRIMERA CONCESIÓN		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			
<p>Con carácter previo a resolver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dictamen de los Equipos de Valoración y Orientación de la Comunidad Autónoma en el que se especifique el grado de discapacidad. Para renovaciones, solo será exigible cuando se hubiera debido revisar, durante el último período reconocido, la que obra en poder del Instituto. • En su caso, informe médico de la necesidad de tratamiento. • Presupuesto del centro donde se lleve a cabo el tratamiento. <p>Para tramitar el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factura expedida a nombre del beneficiario para el que se solicita la prestación, en la que deberá figurar el detalle de los conceptos facturados. La factura deberá ser original y reunir los requisitos legales. No serán devueltas, salvo en caso de desestimación de la solicitud. Si desea una copia sellada, preséntese una fotocopia junto con el original. <p>Para los residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, con los documentos necesarios (informes, presupuestos y facturas) se acompañará de su traducción al español.</p>			
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>			
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
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. 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			

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

**EXPEDIENTE DE AYUDA PARA
TERAPIA DE MANTENIMIENTO
Y OCUPACIONAL**

PUEDA 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.

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.
<input type="checkbox"/> PRIMERA CONCESIÓN		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Pueden ser beneficiarios de esta prestación los asegurados que acrediten su condición legal de minusválido por padecer una minusvalía igual o superior al 33%, y precisen para su desarrollo personal y su integración sociolaboral de estos servicios asistenciales para los que solicita la ayuda. Esta prestación es incompatible con la de tratamientos especiales a discapacitados. La ayuda se concede por un plazo máximo de un año, iniciando sus efectos el primer día del mes siguiente al de solicitud, con posible renovación por periodos iguales sucesivos. La cuantía de la ayuda, cuyo importe máximo será establecido en la normativa vigente en cada momento, se abona a mes vencido como reintegro total o parcial de la factura presentada por el asegurado. Se excluyen de su cobertura las actividades que puedan ser calificadas como recreativas o de ocio, las cuotas asociativas y otras actuaciones que a juicio del ISFAS, no estén destinadas específicamente a las finalidades señaladas. 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			
<ul style="list-style-type: none"> 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 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>			