

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, sólo será exigible cuando se hubiera debido revisar, durante el último período reconocido, la que obra en poder del Instituto. • De no concretarlo el dictamen antes citado, informe médico de la necesidad del 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. • 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. 			
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			

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 menores de 18 años que padezcan un menoscabo igual o superior al 25%, siempre que sea susceptible de recuperación o mejora mediante la asistencia a centros o profesionales especializados. 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 períodos iguales sucesivos, pudiendo en la última renovación superar el causante los 18 años de edad en los meses precisos para completar el año. Esta ayuda es incompatible con la terapia de mantenimiento y ocupacional. 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 aportada por el asegurado. Se excluyen tratamientos con medicinas alternativas, así como los que estén cubiertos por otras prestaciones del ISFAS. Para renovaciones procedentes de concesiones anteriores a 1 de enero de 2000 se aplican reglas especiales. 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>			