

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	Nombre y Apellidos de la persona a quien debe dirigirse la notificación, si es distinto del titular			
	Calle y Número	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.
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
<ul style="list-style-type: none"> Informe clínico de alta hospitalaria en el que se haga constar la situación de pérdida transitoria de la autonomía personal y la necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, por secuelas temporales. Declaración sobre la situación sociofamiliar del interesado que permita valorar su situación de aislamiento. Para el caso de titulares o beneficiarios menores de 65 años, certificado de su situación de dependencia con expresión del grado y nivel reconocido, y Programa Individual de Atención (PIA). Autorización firmada por cada uno de los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, para la consulta de datos fiscales a la Agencia Tributaria. En el País Vasco y Navarra no será necesario aportar la documentación precedente, debiendo presentar fotocopia de declaración del IRPF, Modelo de devolución del exceso de ingresos a cuenta o certificado de imputaciones de renta en caso de no tener obligación de declarar, de todos los miembros de la Unidad Familia mayores de 18 años, todos ellos referidos al período impositivo anterior en dos años al de la solicitud. Declaración de pensiones o prestaciones percibidas por la unidad familiar de otros Regímenes Públicos de protección social distintos del ISFAS, que tengan el carácter de exentas o no estén sujetas al impuesto de la renta de las personas físicas y autorización para realizar verificaciones o consultas necesarias con las Administraciones Públicas competentes. Factura de la Residencia en la que se realice el internamiento. Las facturas tendrá que ser originales y tener todos los requisitos legales. Si desea una copia sellada, preséntese fotocopia junto con los originales. Éstos podrán ser devueltos, a petición del interesado, cuando se haya hecho efectiva la prestación. 				
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"/>
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA	
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:		LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante)		
a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. b) <input type="checkbox"/> Que no he solicitado ni percibo por el mismo objeto, ayudas de otros Organismos Públicos distintos del SAAD. <input type="checkbox"/> Que sí recibo ayudas de otros Organismos distintos del SAAD		<input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/>		
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				



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 AYUDAS
PARA ESTANCIA TEMPORAL
EN CENTROS ASISTENCIALES**

PUEDA CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACION 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	Nombre y Apellidos de la persona a quien debe dirigirse la notificación, si es distinto del titular		
	Calle y Número	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.
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Podrán acceder a las ayudas por estancia temporal en residencias asistidas los titulares y beneficiarios de 65 ó mas años de edad que sufran procesos agudos o intervenciones quirúrgicas que conlleven, tras el alta hospitalaria, pérdida transitoria de la autonomía por secuelas temporales que afecten gravemente a su movilidad y les impidan valerse por sí mismos para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria durante un período de tiempo determinado hasta su rehabilitación, y que además sufran una situación sociofamiliar de aislamiento. También podrán acceder a las ayudas por estancia temporal en residencias asistidas los beneficiarios menores de 65 años que tuvieran reconocida una situación de dependencia en cualquier grado y nivel, siempre que su PIA no establezca como modalidad de intervención más adecuada a sus necesidades la de atención residencial, y concurren tras el alta hospitalaria, además de situación de aislamiento, la circunstancia sobrevenida de pérdida transitoria de la autonomía. El centro deberá estar acreditado legalmente y será libremente elegido por el beneficiario. La cuantía de la ayuda mensual se determina en función de la capacidad económica del beneficiario, que se calculará de acuerdo a su renta disponible individual. El pago se realiza como reintegro de gastos a mes vencido previa presentación de la factura. 			
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 notificación de la resolución citada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de desestimación de la petición, a los solos efectos de que, si se desea, pueda interponerse el correspondiente recurso de alzada ante el Ministro de Defensa. 			
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.gov.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</p>			



ANEXO III

DECLARACIÓN DE PENSIONES O PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF

(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., **Nº de afiliación al ISFAS:**.....

DECLARO bajo mi responsabilidad que, durante el ejercicio de 20 (*), tanto yo como otros miembros de mi unidad familiar (**) hemos percibido las siguientes pensiones o prestaciones, incluidas en la acción protectora de cualquier régimen público de protección social distinto del ISFAS, que tienen el carácter de exentas o no están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Por los conceptos en que no haya percibido cantidad alguna, anote "0"):

PENSIONES O PRESTACIONES ECONÓMICAS	ENTIDAD PAGADORA	Importe (euros)
Pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez de la Seguridad Social, contributivas o no contributivas, o equivalentes del Régimen de Clases Pasivas del Estado.		
Prestaciones de gran invalidez.		
Pensiones extraordinarias de invalidez, viudedad u orfandad, por actos de terrorismo.		
Pensiones de orfandad.		
Prestaciones por hijo o menor acogido a cargo discapacitado con complemento de tercera persona.		
Pensiones generadas y devengadas en el extranjero.		
Prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia percibidas en el ejercicio en que se solicita la ayuda.		

(*) Se consignarán las rentas obtenidas en segundo ejercicio anterior a aquel para el que se solicita la ayuda, salvo las prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia, que deberán corresponder al mismo ejercicio para el que se solicita.

(**) Se considera Unidad Familiar la constituida por el titular, las personas incluidas en su documento de afiliación y, en todo caso, el cónyuge o conviviente aunque no esté incluido en el campo de aplicación del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. En el supuesto de titulares por derecho derivado de orfandad, menores de edad, se incluirá al progenitor con el que convivan, si lo hubiere.

A estos efectos se deberán acompañar certificaciones relativas a los ingresos percibidos en el año 20....., de organismos distintos del ISFAS, exentos del IRPF. Este requisito no será necesario para renovaciones posteriores.

Para todos los solicitantes, hayan percibido o no pensiones o prestaciones exentas del IRPF:

El/los abajo firmante/s autoriza/n al ISFAS para realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

En....., a de de 20 ...

Firma del titular:

Firma de los otros miembros de la unidad familiar (consignar nombre y apellidos y DNI):

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Los datos contenidos en esta Declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.



ANEXO IV

Autorización para solicitar datos económicos a la AEAT

La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Social de las Fuerzas Armadas a solicitar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria los datos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, de pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas, del ejercicio correspondiente que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir la ayuda económica para ESTANCIA TEMPORAL EN CENTRO ASISTENCIAL solicitada por el afiliado indicado a continuación.

La presente autorización se otorga a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, General Tributaria, que permite previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las AA.PP., para el desarrollo de sus funciones.

Titular y/o representante de beneficiarios:

Firmas

Número de afiliación: []

Código de expediente: []

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Beneficiarios mayores de 18 años que también prestan autorización

Cónyuge /conviviente: (Excepto defunción, los datos deberán cumplimentarse en todo caso)

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

Beneficiario:

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

Beneficiario:

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

Beneficiario:

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

En....., a de de 20 ...

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.



ANEXO V

DECLARACIÓN SOBRE SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

Nº DE AFILIACIÓN AL ISFAS: 28/7

DECLARO bajo mi responsabilidad que mi situación sociofamiliar, en relación a la situación de aislamiento, es la que a continuación marco con una cruz:

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR	
Vive solo y en desamparo.	<input type="checkbox"/>
Vive con su cónyuge u otro familiar mayor de 65 años o con discapacidad igual o superior al 65%.	<input type="checkbox"/>
Vive solo, pero en la localidad hay familiares que le atienden ocasionalmente.	<input type="checkbox"/>
Vive con su cónyuge, hijos u otros familiares que, por su trabajo u otra circunstancia, no le pueden prestar la necesaria atención.	<input type="checkbox"/>
Vive con cónyuge válido menor de 65 años (Indicar edad: <input type="text"/> años)	<input type="checkbox"/>
Otras situaciones Describir: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

En....., a de de 20 ...

Firma del titular o representante.

NOTA: Los datos contenidos en esta declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.