

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	El que conste para el ISFAS	Calle y número			
	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.	
PRIMERA CONCESIÓN		RENOVACIÓN			
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE					
<ul style="list-style-type: none"> Informe médico del correspondiente especialista (de la modalidad asistencial a que esté adscrito), en el que habrá de constar el proceso que motiva la necesidad de atención psiquiátrica y si ésta deberá dispensarse en régimen de internamiento o de estancia en régimen de Hospital de Día. En su defecto, se deberá unir al expediente la orden judicial de internamiento. Facturas originales en las que figure el nombre del paciente, número de estancias y régimen de la asistencia (internamiento u hospital de día), además de todos los requisitos legales de la factura. Las facturas no serán devueltas, salvo desestimación de la solicitud. Si se desea una copia sellada, preséntese una fotocopia junto con el original. Justificación documental del abono de la factura por parte del interesado o, en caso de solicitud de pago directo al centro, escrito del centro en el que manifieste su conformidad con esta forma de pago y número de cuenta para materializarlo. 					
DATOS PARA EL PAGO					
PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE		PAGO AL CENTRO HOSPITALARIO			
<i>Ensignese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante o del Centro Hospitalario.</i>					
DATOS DEL BANCO O CAJA	Código numérico	Denominación	DATOS DE LA CUENTA O LIBRETA	Clase Cuenta Corriente Libreta de Ahorro	Dígito de Control
DATOS DE LA SUCURSAL	Código numérico	Dirección		Número	
EN SU CASO, DENOMINACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO					
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	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	Calle y número		
	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.
PRIMERA CONCESIÓN		RENOVACIÓN		
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN				
<ul style="list-style-type: none"> Los titulares y beneficiarios adscritos a una Entidad de Seguros de asistencia sanitaria tienen derecho a internamiento psiquiátrico en un centro de su Entidad y a cargo de la misma, mientras el facultativo prescriba su necesidad. Para los restantes asegurados del ISFAS la hospitalización psiquiátrica, en régimen de internamiento o de hospital de día, da derecho a una ayuda económica establecida en la normativa vigente en cada momento, abonable por meses, durante un periodo máximo de seis meses, sin que la ayuda pueda ser superior al coste real. De resultar necesario prolongar la asistencia, se presentará solicitud de renovación acompañada de nuevo informe del especialista encargado de la asistencia que indique esta necesidad. 				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO				
<ul style="list-style-type: none"> <i>El plazo para tramitar el procedimiento de la primera solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.</i> <i>Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de haber sido denegada la prestación solicitada, 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.</i> 				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS				
<ul style="list-style-type: none"> Los datos relativos a la prestación solicitada serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado del ISFAS que, regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa (BOD nº 149), se utiliza para la gestión y abono de las prestaciones, así como para fines estadísticos. La responsabilidad del fichero corresponde a la Secretaría General del ISFAS, c/ Huesca, 31- 28020 Madrid. Los datos podrán ser cedidos a los Organismos con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas Administraciones Públicas y CCAA, en materia tributaria del Mº de Economía y Hacienda o, en su caso, de las CCAA o de las Diputaciones Forales, así como a las Entidades Bancarias receptoras del abono de la prestación al interesado. 				