

SOL·LICITUD

Número d'Afiliació 28/7	DADES DEL TITULAR			N.I.F.
Cognoms	Nom		Telèfon	
DOMICILI (només si es desitja variar el que consta a l'ISFAS)	Carrer i número	Codi postal i Localitat		Província
DOMICILI PER A NOTIFICACIONS	El que consti ner a l' ISFAS	Carrer i número		Província
	El que s'indica a continuació	Codi Postal i Localitat		
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ				
Núm. d'ordre	Cognoms i nom (si fos el propi titular indiqueu "el mateix")			N.I.F.
PRIMERA CONCESSIÓ		RENOVACIÓ		
DOCUMENTS QUE S'HAN D'ACOMPANYAR				
<ul style="list-style-type: none"> Informe mèdic del corresponent especialista (de la modalitat assistencial a la qual estigui adscrit), en el que hi haurà de constar el procés que motiva la necessitat d'atenció psiquiàtrica i si aquesta s'haurà de dispensar en règim d'internament o d'estada en règim d'Hospital de Dia. Si és el cas, s'haurà d'adjuntar a l'expedient l'ordre judicial d'internament. Pressupost del Centre on estigui prevista l'hospitalització, acompanyat si s'opta per l'abonament directe al mateix, en lloc del reintegrament de despeses, de la conformitat del Centre al procediment d'abonament, en la qual hauran de constar les dades del compte bancari a través del que s'haurà de materialitzar el pagament. Per tramitar el pagament: Factures originals en les que hi figuri el nom del pacient, número d'estades i règim de l'assistència (internament u hospital de dia), a més a més de tots els requisits legals de la factura. Les factures no seran retornades, llevat desestimació de la sol·licitud. Si es desitja una còpia segellada, presenteu una fotocòpia juntament amb l'original. Justificació documental de l'abonament de la factura per part de l'interessat o, en cas de sol·licitud de pagament directe al centre, escrit del centre en el qual manifesti la seva conformitat amb aquesta forma de pagament i número de compte per materialitzar-lo. 				
DADES PER AL PAGAMENT				
PAGAMENT DIRECTE AL TITULAR SOL·LICITANT		PAGAMENT AL CENTRE HOSPITALARI		
<i>Consigneu a continuació les dades del compte o llibreta d'estalvi del titular sol·licitant o del Centre Hospitalari.</i>				
DADES DEL BANC O CAIXA	Codi numèric	Denominació	DADES DEL COMPTE O LLIBRETA	Tipus Compte Corrent Llibreta d'estalvi Número
DADES DE LA SUCURSAL	Codi numèric	Adreça		Dígit de Control
EN EL SEU CAS, DENOMINACIÓ DEL CENTRE HOSPITALARI				
DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT: a) Que les dades a les quals es refereix aquesta sol·licitud són certes. b) Que no he formulat sol·licitud ni rebut ajut pels mateixos fets de cap Organisme Públic ni d'altre Règim de Seguretat Social. I SOL·LICITO la prestació indicada en la quantia que correspongui.			LLOC, DATA Y SIGNATURA DEL TITULAR O REPRESENTANT (en el darrer cas, núm. del DNI i relació amb el titular) (En caso de presentació en òrgan aliè a l'ISFAS, utilitzeu aquest espai per al registre)	
INSTITUT SOCIAL DE LES FORCES ARMADAES				

SOL·LICITUD

Número d'Afiliació 28/7	DADES DEL TITULAR		N.I.F.
Cognoms	Nom	Telèfon	
DOMICILI (només si es desitja variar el que consta a l'ISFAS)	Carrer i número	Codi postal i Localitat	Província
DOMICILI PER A NOTIFICACIONS	El que consti per a l'ISFAS	Carrer i número	
	El que s'indica a continuació	Codi Postal i Localitat	Província
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ			
Núm. d'ordre	Cognoms i nom (si fos el propi titular indiqueu "el mateix")		N.I.F.
PRIMERA CONCESSIÓ		RENOVACIÓ	
INFORMACIÓ DE LA PRESTACIÓ			
<ul style="list-style-type: none"> Els titulars i beneficiaris adscrits a una Entitat d'Assegurances d'assistència sanitària tenen dret a internament psiquiàtric en un centre de la seva Entitat i a càrrec de la mateixa, mentre el facultatiu en prescriu la seva necessitat. Per als restants assegurats de l'ISFAS l'hospitalització psiquiàtrica, en règim d'internament o d'hospital de dia, dona dret a un ajut econòmic establert en la normativa vigent en cada moment, abonable per mesos, durant un període màxim de sis mesos, sense que l'ajut pugui ser superior al cost real. De resultar necessari perllongar l'assistència, es presentarà sol·licitud de renovació acompanyada de nou informe de l'especialista encarregat de l'assistència que indiqui aquesta necessitat. 			
INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA SOBRE PROCEDIMENT			
<ul style="list-style-type: none"> El termini per tramitar el procediment que aquesta sol·licitud inicia és de sis mesos, a comptar des de la data dalt consignada. Si en l'esmentat termini de sis mesos no s'ha rebut la transferència bancària ni la notificació de la resolució dictada, es produiran els efectes del silenci administratiu que, en aquest cas, són d'estimació de la petició, podent adreçar-se en tal sentit davant l'oficina de l'ISFAS que va rebre la sol·licitud. 			
INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA SOBRE TRACTAMENT DE DADES			
<ul style="list-style-type: none"> Les dades relatives a la prestació sol·licitada seran objecte de tractament per incorporar-se al fitxer automatitzat de l'ISFAS que, regulat en l'Ordre DEF/2437/2006, de 16 de juliol, del Ministeri de Defensa (BOD nº 149), s'utilitza per a la gestió i abonament de les prestacions, així com per a finalitats estadístiques. La responsabilitat del fitxer correspon a la Secretaria General de l'ISFAS, c/ Huesca, 31- 28020 Madrid. Les dades podran ser cedides als Organismes amb responsabilitat en matèria de Seguretat Social de les diferents Administracions Públiques i CCAA, en matèria tributària del Ministeri d'Economia i Hisenda o, en el seu cas, de les CCAA o de les Diputacions Forals, així com a les Entitats Bancàries receptores de l'abonament de la prestació a l'interessat. 			