

SOLICITUDE

Número de afiliación 28/7	DATOS DO TITULAR			NIF
Apelidos		Nome		Teléfono
DOMICILIO (só se se desexa variar o que consta no ISFAS)	Rúa e número	Código postal e localidade		Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓNS	Que conste nara o ISFAS O que se indica a continuación	Rúa e número		Provincia
		Código postal e localidade		
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN				
N.º de orde	Apelidos e nome (se fose o propio titular, indíquese "o mesmo")			NIF
PRIMEIRA CONCESIÓN		RENOVACIÓN		
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
<ul style="list-style-type: none"> Informe médico do correspondente especialista (da modalidade asistencial a que estea adscrito), no que haberá de constar o proceso que motiva a necesidade de atención psiquiátrica e se esta deberá dispensarse en réxime de internamento ou de estancia en réxime de hospital de día. No seu defecto, deberase unir ao expediente a orde xudicial de internamento. Orzamento do centro onde estea prevista a hospitalización, acompañado, se se opta polo aboamento directo a este, en lugar do reintegro de gastos, da conformidade do centro ao procedemento de aboamento, na que deben constar os datos da conta bancaria a través da que se deberá materializar o pagamento. Para tramitar o pagamento: Facturas orixinais nas que figure o nome do paciente, número de estancias e réxime da asistencia (internamento ou hospital de día), ademais de todos os requisitos legais da factura. As facturas non se devolverán, salvo desestimación da solicitude. Se se desexa unha copia selada, preséntese unha fotocopia xunto co orixinal. Xustificación documental do aboamento da factura por parte do interesado ou, en caso de solicitude de pagamento directo ao centro, escrito do centro no que manifieste a súa conformidade con esta forma de pagamento e número de conta para materializalo. 				
DATOS PARA O PAGAMENTO				
PAGAMENTO DIRECTO AO TITULAR SOLICITANTE		PAGAMENTO AO CENTRO HOSPITALARIO		
<i>Consígnense a continuación os datos da conta ou cartilla de aforros de titular solicitante ou do centro hospitalario.</i>				
DATOS DO BANCO OU CAIXA	Código numérico	Denominación	DATOS DA CONTA OU CARTILLA	Clase Conta corrente Cartilla de aforro
DATOS DA SUCURSAL	Código numérico	Enderezo		Número
SE É O CASO, DENOMINACIÓN DO CENTRO HOSPITALARIO				
DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE: a) Que os datos aos que se refire esta solicitude son certos. b) Que non formulei solicitude nin recibín axuda por estes feitos de ningún organismo público nin doutro réxime da Seguridade Social. E SOLICITO a prestación indicada na contía que corresponda.			LUGAR, DATA E SINATURA DO TITULAR OU REPRESENTANTE (no último caso, n.º do DNI e relación co titular) (En caso de presentación en órgano alleo ao ISFAS, utilícese este espazo para o rexistro)	
INSTITUTO SOCIAL DAS FORZAS ARMADAS				

S O L I C I T U D E

Número de afiliación	DATOS DO TITULAR		NIF
Apelidos	Nome	Teléfono	
DOMICILIO (só se se desexa variar o que consta no ISFAS)	Rúa e número	Código postal e localidade	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓNS	O que conste para o ISFAS	Rúa e número	
	O que se indica a continuación	Código postal e localidade	Provincia
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN			
N.º de orde	Apelidos e nome (se fose o propio titular, indíquese "o mesmo")		NIF
PRIMEIRA CONCESIÓN		RENOVACIÓN	
INFORMACIÓN DA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> Os titulares e beneficiarios adscritos a unha entidade de seguros de asistencia sanitaria teñen dereito a internamento psiquiátrico nun centro da súa entidade e a cargo desta, mentres o facultativo prescriba a súa necesidade. Para os restantes asegurados do ISFAS, a hospitalización psiquiátrica, en réxime de internamento ou de hospital de día, dá dereito a unha axuda económica establecida na normativa vixente en cada momento, aboable por meses, durante un período máximo de seis meses, sen que a axuda poida ser superior ao custo real. De resultar necesario prolongar a asistencia, presentarase solicitude de renovación acompañada de novo informe do especialista encargado da asistencia que indique esta necesidade. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE O PROCEDEMENTO			
<ul style="list-style-type: none"> <i>O prazo para tramitar o procedemento da primeira solicitude é de seis meses, computables dende a data arriba consignada.</i> <i>Se no citado prazo de seis meses non se recibiu a transferencia bancaria nin a notificación de ser denegada a prestación solicitada, produciranse os efectos do silencio administrativo que, neste caso, son de estimación da petición, para o que poderá dirixirse á oficina do ISFAS que recibiu a solicitude.</i> 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMENTO DE DATOS			
<ul style="list-style-type: none"> Os datos relativos á prestación solicitada serán obxecto de tratamento por incorporarse ao ficheiro automatizado do ISFAS que, regulado na Orde DEF/2437/2006, do 16 de xullo, do Ministerio de Defensa (BOD nº 149), se utiliza para a xestión e o aboamento das prestacións, así como para fins estatísticos. A responsabilidade do ficheiro correspóndelle á Secretaría Xeral do ISFAS, r/ Huesca, 31. 28020 - Madrid. Os datos poderán cedérselles aos organismos con responsabilidade en materia de Seguridade Social das distintas administracións públicas e comunidades autónomas, en materia tributaria do Ministerio de Economía e Facenda ou, se é o caso, das comunidades autónomas ou das deputacións forais, así como ás entidades bancarias receptoras do aboamento da prestación ao interesado. 			