

S O LICIT U DE

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	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	
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE					
<ul style="list-style-type: none"> Informe médico do correspondente especialista en psiquiatría (da modalidade asistencial a que estea adscrito), no que haberá de consignarse a situación clínica do paciente reflectindo expresamente se se atopa en fase aguda. Informe-orzamento do profesional que realizará o tratamento no que se determinará a técnica terapéutica e o número previsible de sesións. En caso de pacientes adscritos a entidades de seguro, certificación da entidade na que se sinale se o profesional que realizará a terapia figura, dalgunha forma, nos seus catálogos de servizos. Para tramitar o pagamento: <ul style="list-style-type: none"> Facturas orixinais nas que figure o nome do paciente, número de sesións de tratamento, 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 das correspondentes facturas. 					
DATOS PARA O					
PAGAMENTO DIRECTO AO TITULAR SOLICITANTE					
<i>Consignense a continuación os datos da conta ou cartilla de aforros de titular solicitante.</i>					
DATOS DO BANCO OU CAIXA	Código numérico	Denominación	DATOS DA CONTA OU CARTILLA	Clase Conta corrente Cartilla de aforro	Díxito de control
DATOS DA SUCURSAL	Código numérico	Enderezo		Número	
DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:			LUGAR, DATA E SINATURA DO TITULAR OU REPRESENTANTE (no último caso, n.º do DNI e relación co titular)		
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.			<i>(En caso de presentación en órgano alleo ao ISEAS, utilícase este espazo para o rexistro)</i>		
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
INFORMACIÓN DA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> A prestación por tratamento de psicoterapia consiste nunha axuda económica por sesión. Os seus límites e contía, así como os tratamentos que dan dereito á axuda, contémplanse na normativa vixente en cada momento. Estas axudas son incompatibles coa prestación de hospitalización psiquiátrica. A prestación pode renovarse cada ano. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDEMENTO			
<ul style="list-style-type: none"> O prazo para tramitar o procedemento da primeira solicitude é de seis meses, computables dende a data arriba consignada. Se no citado prazo de seis meses non se recibiu a transferencia bancaria nin a notificación da resolución ditada, 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. 			
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 n.º 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. 			