

S O L I C I T U D E

Número de Afiliación 28/7	DATOS DO TITULAR			N.I.F.	
Apelidos		Nome		Teléfono	
DOMICILIO <small>(só se se desexa variar o que consta no ISFAS)</small>	Rúa e número	Código postal e Localidade		Provincia	
DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓNS	O que conste para o ISFAS	Rúa e número		Provincia	
	O que se indica deseguido	Código Postal e Localidade			
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN					
Nº de orde	Apelidos e nome (de ser o propio titular, indíquese "o mesmo")			N.I.F.	
POR DESPRAZAMENTO INTERPROVINCIAL SEN INTERNAMENTO POR DESPRAZAMENTO PARA TRATAMENTO AMBULATORIO PROLONGADO POR DESPRAZAMENTO CON INTERNAMENTO					
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE					
<ul style="list-style-type: none"> Informe médico do corresponsante especialista no que se xustificará a necesidade do traslado e, no seu caso, formularase a correspondente prescrición cando á necesidade de medios extraordinarios de transporte e da presenza dun acompañante. Billetes ou xustificantes orixinais dos gastos de transporte cuxo a bono se solicita. Os billetes ou xustificantes non serán devoltos, agás desestimación da solicitude. De desexar unha copia selada, presentarase unha fotocopia xunto co orixinal. Para asegurados adscritos a Entidades ou ao INSS, documento xustificativo de que o transporte do enfermo foi realizado con cargo á Entidade, con indicación do medio empregado. 					
DATOS PARA O PAGO					
PAGO DIRECTO AO TITULAR SOLICITANTE					
<i>Consígnese a continuación os datos da conta ou libreta de aforros do titular solicitante.</i>					
DATOS DO BANCO OU CAIXA	Código numérico	Denominación	DATOS DA CONTA OU LIBRETA	Clase Conta Corrente Libreta de Aforro	Díxito de Control
DATOS DA SUCURSAL		Enderezo		Número	
DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE: a) Que os datos aos que se refire esta solicitude son certos. b) Que non teño formulado solicitude nin recibido axuda polos mesmos feitos de ningún Organismo Público nin doutro Réxime de Seguridade Social.			LUGAR, DATA E SINATURA DO TITULAR OU REPRESENTANTE (no último caso, nº do DNI e relación co titular)		
E SOLICITO a prestación indicada na contía que corresponda.			<small>(En caso de presentación en órgano alleo ao ISFAS, utilícese este espazo para o rexistro)</small>		
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS					

S O L I C I T U D E

Número de Afiliación	DATOS DO TITULAR		N.I.F.
Apellidos	Nome		Teléfono
DOMICILIO (só se se desea 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 deseguido	Código Postal e Localidade	Provincia
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN			
Nº de orde	Apellidos e nome (de ser o propio titular indíquese "o mesmo")		N.I.F.
<p>POR DESPRAZAMENTO INTERPROVINCIAL SEN INTERNAMENTO</p> <p>POR DESPRAZAMIENTO PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO PROLONGADO</p> <p>POR DESPRAZAMIENTO CON INTERNAMENTO</p>			
INFORMACIÓN DA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> • Os gastos de transporte do enfermo, cando procedan, corresponden sempre á Entidade á que estea adscrito o titular, agás para asegurados adscritos á Sanidade Militar. • A axuda de aloxamento e/ou manutención do enfermo recoñecerase na contía e condicións que se establecen na normativa en cada momento vixente, cando a asistencia se preste en réxime ambulatorio. • A cobertura do acompañante procederá sempre que o estado clínico do enfermo faga indispensable un acompañante e non deba ser asumida pola Entidade, nos límites e condicións establecidas na normativa vixente en cada momento. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDEMENTO			
<ul style="list-style-type: none"> • O prazo para tramitar o procedemento da primeira solicitude é de seis meses, a contar desde a data arriba consignada. • Se no dito prazo de seis meses non se tivera recibido a transferencia bancaria nin a notificación de resolución ditada, produciranse os efectos de silencio administrativo, que, neste caso, son de estimación da petición, podendo dirixirse en tal sentido ante a 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 fichero automatizado do ISFAS que, regulado na Orde DEF/2437/2006, de 16 de xullo, do Ministerio de Defensa (BOD nº 149), utilízase para a xestión e pagamento das prestacións, así como para fins estatísticos. A responsabilidade do fichero corresponde á Secretaría Xeral do ISFAS, c/ Huesca, 31- 28020 Madrid. • Os datos poderán ser cedidos aos Organismos con responsabilidade en materia de Seguridade Social das distintas Administracións Públicas e CC AA, en materia tributaria do Mº de Economía y Hacienda ou, no seu caso, das CCAA ou das Deputacións Forais, así como ás Entidades Bancarias receptoras do pagamento da prestación ao interresado. Estas prestacións consisten en axudas económicas baremadas. 			