

SOLICITUD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| Número de Afiliación<br>28/7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | DATOS DEL TITULAR                                                                                                     |  |                                                             |  | N.I.F.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  | Nombre                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Teléfono           |                                                             |  |                                                             |  |
| DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS O.A.<br><input type="checkbox"/> El que se indica a continuación |  | Calle y número                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Correo electrónico |                                                             |  |                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                       |  | Código Postal y Municipio                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Provincia          |                                                             |  |                                                             |  |
| DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| Nº de orden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")                                                  |  |                                                             |  | N.I.F.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CÓDIGO DE EXPEDIENTE                                                                                                  |  | IMPORTE (€)                                                 |  | SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    | CÓDIGO DE EXPEDIENTE                                        |  | IMPORTE (€)                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS (LEJOS O CERCA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | <input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS (PROGRESIVAS / BIFOCALES / TRIFOCALES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | <input type="checkbox"/> AYUDAS BAJA VISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL MONOFOCAL / BIFOCAL / TRIFOCAL O PROGRESIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN CRISTAL TELELUPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> GAFA COMPLETA PACIENTES AFAQUIA POR CATARATA CONGENITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | <input type="checkbox"/> LENTE TERAPÉUTICA (UNIDAD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> LENTILLA USO PROLONGADO (CAJA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA REFRACTIVA (CADA OJO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                             |  |                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | <input type="checkbox"/> CRISTAL GAFA PACIENTE AFAQUIA POR CATARATA CONGENITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>En solicitudes relativas a ayudas para gafas, cristales y lentillas, salvo en el caso de lentes terapéuticas, <b>informe</b> en el que se refleje la corrección óptica requerida por el beneficiario. No será preciso si en la factura se hace constar la graduación óptica.</li><li>En el caso de ayudas para técnicas de cirugía refractiva, <b>informe del especialista en Oftalmología</b>, en el que deberá constar el diagnóstico y la corrección óptica requerida antes de la intervención, así como la técnica realizada.</li><li>En solicitudes de ayudas para baja visión (gafas telelupa, lupas, filtros, microscopios), <b>informe del especialista en Oftalmología</b>, en el que se detallará la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, el campo visual.</li><li><b>Factura</b> que debe incluir el nombre del paciente, el detalle de conceptos, precios y demás requisitos exigibles.</li><li><b>Justificante</b> del pago de la factura, cuando en la misma no se deje constancia del pago y cuando se hayan acogido al PLAN VEO (RD 902/2025).</li></ul> |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| DATOS PARA EL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| Consígnese a continuación los datos de la cuenta del titular solicitante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                           |  | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |  | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |  | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |  |
| COD. IBAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | DATOS BANCO O CAJA                                                                                                    |  | DATOS DE LA SUCURSAL                                        |  | D.C. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:<br>a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.<br>b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.<br>c) Que la documentación que se ha unido a la solicitud es veraz y me comprometo a conservar los documentos originales en mi poder durante 4 años.<br>d) Que autorizo al ISFAS O.A. a consultar a las Administraciones Públicas o a terceros incluidos los emisores de las facturas aportadas, los datos que fueran precisos para verificar el derecho a la prestación solicitada. ,<br><br>Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  | LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA<br>(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante)<br><br>Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.<br><br>NIF del representante :<br><br>Relación con el titular: |                    |                                                             |  |                                                             |  |
| INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS O.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                       |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                             |  |                                                             |  |

## SOLICITUD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Número de Afiliación:<br><b>28/7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>DATOS DEL TITULAR</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N.I.F.             |
| Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      | Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Teléfono           |
| DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS O.A.            | Calle y número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Correo electrónico |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación             | Código Postal y Municipio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Provincia          |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| Nº de orden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo") |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N.I.F.             |
| <b>PRESTACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| <input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS DE LEJOS O CERCA<br><input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS (PROGRESIVA / BIFOCALES / TRIFOCALES)<br><input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL MONOFOCAL / BIFOCAL / TRIFOCAL O PROGRESIVO<br><input type="checkbox"/> GAFA COMPLETA PACIENTES AFAQUIA POR CATARATA CONGENITA<br><input type="checkbox"/> LENTILLA USO PROLONGADO (CAJA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      | <input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES<br><input type="checkbox"/> AYUDAS PARA BAJA VISIÓN<br><input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL TELELUPA<br><input type="checkbox"/> LENTE TERAPÉUTICA (UNIDAD)<br><input type="checkbox"/> CIRUGÍA REFRACTIVA (CADA OJO)<br><input type="checkbox"/> CRISTAL GAFA PACIENTE AFAQUIA POR CATARATA CONGENITA |                    |
| <b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Estas prestaciones consisten en ayudas económicas baremadas según la normativa vigente en cada momento, que en ningún caso podrán ser superiores al coste real abonado.</li><li>En el caso de haberse acogido al PLAN VEO (R.D. 902/2025) no tendrán derecho a las ayudas económicas del ISFAS O.A., si se supera el importe máximo.</li><li>Excepto en el caso de "lentes terapéuticas", para el acceso a prestaciones oculares, será preciso que la graduación óptica sea igual o superior a 0,5 dioptrías.</li><li>Las ayudas para gafas, sustitución de cristales y lentillas, de cualquier tipo, <b>son incompatibles entre sí</b>, pudiendo reconocerse <b>solo una de ellas por cada año natural a favor del mismo beneficiario. En el caso de la sustitución de cristales y de las lentillas, podrán reconocerse ayudas para dos unidades como máximo, por beneficiario y año natural.</b></li><li>En el caso de <b>lentillas desechables</b>, la ayuda máxima a conceder deberá solicitarse de <b>una sola vez</b> para su concesión.</li><li>Los tratamientos mediante técnicas de cirugía refractiva sólo darán lugar a ayuda en caso de beneficiarios con defectos de refracción estabilizados, edad superior a 21 años y corrección igual o superior a 4 dioptrías. El importe podrá alcanzar el 50% del coste del tratamiento, con el límite máximo especificado en la normativa vigente.</li><li>Podrán acceder a las prestaciones para ayudas ópticas para baja visión, los beneficiarios que presenten una agudeza visual igual o inferior a 0,3 (3/10) con corrección, en el mejor ojo, o un campo visual inferior a 100 desde el punto de fijación.</li></ul> |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Con carácter general, las solicitudes se presentarán a través de la Sede Electrónica del ISFAS O.A. También podrán presentarse en las Delegaciones del ISFAS O.A. o en cualquier registro público.</li><li>El plazo de resolución de esta solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha de entrada en el ISFAS O.A. Si en ese plazo no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición.</li><li>Deben conservarse los originales de las facturas y demás documentos requeridos que se hayan aportado y otros de valor probatorio que no se hubieran tenido que unir a la solicitud, durante un plazo de cuatro años, contados desde la fecha de cobro de la prestación.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| <b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTOS DE DATOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| <p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones sanitarias complementarias cuya finalidad será la gestión de expedientes de prestaciones oculares, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.c) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.</p> <p>El Responsable del tratamiento es el ISFAS O.A., ubicado en C/ Huesca, 31 – 28020- Madrid, <a href="mailto:OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es">OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es</a>.</p> <p>Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@mde.es">dpd@mde.es</a>.</p> <p>Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: <a href="#">Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |