MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AYUDA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ El que se indica a continuación	Calle y número Código Postal y Localidad	Provincia

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")	N.I.F.

☐ PRIMERA SOLICITUD ☐ PRÓRROGA

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- Para la primera mensualidad, prescripción del especialista en psiquiatría (que corresponda al beneficiario según la modalidad asistencial de adscripción) y factura.
- Para la segunda y sucesivas mensualidades, factura. Las facturas deberán reunir todos los requisitos legales.
- Para la prórroga, nuevo informe del especialista.
- Para los residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, con los documentos necesarios (informes, presupuestos y facturas) se acompañará de su traducción al español.

DATOS PARA EL PAGO

☐ PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE

Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.

COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G.	Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.

b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.

b) Que la documentacion que se ha unido a la solicitud, es veraz y me comprometo a conservar los documentosoriginales en mi poder durante 4 años.

Y **SOLICITO** la prestación indicada en la cuantía que corresponda.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA
(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorizacion con copia de DNI del titular y representante)

NIF del representante:
Relación con el titular:

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

* ***Cada impreso sólo es utilizable para un beneficiario.***

SP- 11.1.1.1

Ejemplar para el ISFAS

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)

MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AYUDA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS DRODODEPENDIENTES

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU Nº DE AFILIACIÓN.

S O L I C I T U D

Número de Afiliación: **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ El que se indica a continuación	Calle y número	
		Código Postal y Localidad	Provincia

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")	N.I.F.

☐ PRIMERA SOLICITUD ☐ PRÓRROGA

INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- Esta ayuda cubre el ingreso en centros especiales para seguir tratamientos de deshabituación por drogadicción o alcoholismo durante seis meses, continuos o discontinuos, con posibilidad de prórroga por un máximo de otros seis.
- La ayuda, cuyo importe máximo será el establecido en la normativa vigente en cada momento, se abona mensualmente.
- Las solicitudes de afiliados residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, se dirigirán directamente a las Delegaciones del ISFAS, a cuyo colectivo este adscrito el titular.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia, es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.
- Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

El tratamiento de los datos personales precisos para la tramitación del presente procedimiento corresponde al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Dichos datos no se cederán a terceros salvo en cumplimiento de una obligación legal, garantizándose en todo caso las posibilidades de acceso oposición, rectificación, limitación o supresión de los mismos ante el ISFAS, C/ Huesca 31-28020-Madrid, o en la dirección de correo OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es

La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad

Ejemplar para sellar y devolver al interesado *SP- 11.1.1.2*

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)