



Solicitud para ayudas por desplazamientos y estancias

DATOS DEL TITULAR:

Nombre y Apellidos: _____

Número de Afiliación: _____ DNI: _____

Tarjeta Sanitaria nº _____ Nacionalidad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

CP.: _____ Localidad _____ Provincia: _____

E-mail: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

ACTÚA EN NOMBRE DEL SOLICITANTE COMO:

Tutor Graduado Social Gestor Administrativo Otros apoderados

Apellidos: _____ Nombre _____

N.I.F. _____ Teléfono _____ Nacionalidad _____

Si actúa en nombre de una Entidad Pública, cargo que ostenta

Calle/Av/Plaza _____ Nº _____ E- Mail _____

Localidad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Consentimiento para recibir notificaciones por medios electrónicos. SI NO

email: _____ SMS: _____

IBAN		Código Banco			Sucursal			D.C.		Número de Cuenta o Libreta												
E	S																					

Márquese en esta casilla para los casos de anticipo de billetes:

(En caso afirmativo será imprescindible el informe del trabajador social)

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ D.N.I _____

Fecha Consulta _____

Hospital y Localidad: _____

Transporte utilizado: _____

Itinerario seguido: _____

Acompañante debidamente acompañado/a: SI NO **OBSERVACIONES**

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca el reintegro de gasto que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto nacional de Gestión Sanitaria cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, el acceso a los datos que obren en poder de otras administraciones públicas a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y la consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de datos de Residencia, así como el cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia y/o acceso informatizado a los datos de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros concertados, en todo caso con la garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de la valoración y calificación de la situación del reintegro de gastos que nos ocupa y, en su caso, de una posterior revisión de la misma.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero para el cálculo, control, revisiones y estadísticas de la prestación que se reconozca y, permanecerán bajo custodia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos incorporados al mismo ante la Dirección Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta (art. 5 de la Ley 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, BOE del día 14)

Lugar, fecha y firma.

Esta solicitud deberá presentarse junto con la documentación reseñada en hoja anexa