

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

SOLICITUD

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	Calle y número	
	☐ El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
N° de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
INFORMACIÓN DE LA AYUDA			
- Es una ayuda social tiene carácter anual y está destinada a paliar las especiales necesidades de los pacientes celíacos menores de 18 años. - Existe un límite máximo y un límite mínimo para la ayuda fijados en la normativa aplicable y sus cuantificación se realiza en función del nivel de renta disponible acreditado por la Unidad Familiar. - El derecho a esta ayuda se reconocerá para el ejercicio en que se solicite, sin posibilidad de extender sus efectos a ejercicios anteriores o posteriores. - 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 esté 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 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, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.			
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones sociosanitarias y otras prestaciones de carácter social cuya finalidad será la gestión del expediente de ayuda para atención de enfermos celíacos, 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. El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Delegado de Protección de Datos: dpd@mde.es. 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. INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento.			

La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Social de las Fuerzas Armadas a solicitar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria los datos del **Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, de pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas del ejercicio correspondiente** que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir y mantener la ayuda económica de solicitada por el afiliado indicado a continuación.

La presente autorización se otorga a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del art. 95.1k) de la Ley 58/2003, General Tributaria, que permite previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las AA.PP., para el desarrollo de sus funciones.

Titular y/o representante de beneficiarios: _____ **Firmas**

Número de afiliación: 28/7

Código de expediente:

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Beneficiarios mayores de 18 años que también prestan autorización

Cónyuge /conviviente (Excepto defunción, los datos deberán cumplimentarse en todo caso)

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

, a de de

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.



DECLARACIÓN DE PENSIONES o PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF
(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., **Nº de afiliación al ISFAS:**.....

DECLARO bajo mi responsabilidad que, durante el ejercicio de 20..(*), tanto yo como otros miembros de mi unidad familiar (**) hemos percibido las siguientes pensiones o prestaciones, incluidas en la acción protectora de cualquier régimen público de protección social distinto del ISFAS, que tienen el carácter de exentas o no están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Por los conceptos en que no haya percibido cantidad alguna, anote "0"):

PENSIONES O PRESTACIONES ECONÓMICAS	ENTIDAD PAGADORA	Importe (euros)
Pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez de la Seguridad Social, contributivas o no contributivas, o equivalentes del Régimen de Clases Pasivas del Estado.		
Prestaciones de gran invalidez.		
Pensiones extraordinarias de invalidez, viudedad u orfandad, por actos de terrorismo.		
Pensiones de orfandad.		
Prestaciones por hijo o menor acogido a cargo con discapacidad, con complemento de tercera persona.		
Pensiones generadas y devengadas en el extranjero.		
Prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia percibidas en el ejercicio en que se solicita la ayuda.		

(*) Se consignarán las rentas obtenidas en el segundo ejercicio anterior a aquel para el que se solicita la ayuda, salvo las prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia, que deberán corresponder al mismo ejercicio para el que se solicita.

(**) Se considera Unidad Familiar la constituida por el titular, las personas incluidas en su documento de afiliación y, en todo caso, el cónyuge o conviviente aunque no esté incluido en el campo de aplicación del Régimen Especial de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas. En el supuesto de titulares por derecho derivado de orfandad, menores de edad, se incluirá al progenitor con el que convivan, si lo hubiere.

A estos efectos, se deberán acompañar certificaciones relativas a los ingresos percibidos en el año 20.., de organismos distintos del ISFAS, exentos del IRPF. Este requisito no será necesario para renovaciones posteriores.

Para todos los solicitantes, hayan percibido o no pensiones o prestaciones exentas del IRPF:

El/los abajo firmante/s autoriza/n al ISFAS para realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

En....., a de de 20 ...

Firma del titular:

Firma de los otros miembros de la unidad familiar (consignar nombre y apellidos y DNI):

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Los datos contenidos en esta Declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.