

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR			N.I.F.																									
Apellidos		Nombre		Teléfono																									
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS <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.																									
<input type="checkbox"/> AUDÍFONOS PARA MAYORES DE 26 AÑOS <input type="checkbox"/> REPARACIONES <input type="checkbox"/> LARINGÓFONO <input type="checkbox"/> CÁNULAS DE PLATA PARA TRAQUEOTOMÍA / LARINGUECTOMÍA																													
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE																													
<ul style="list-style-type: none"> • Informe médico de prescripción. En el caso de solicitudes de prestación por gastos en cánulas de plata para traqueotomía y laringuectomía el informe del especialista deberá justificar la necesidad de este tipo de cánulas. • Factura que debe incluir el nombre del paciente, el detalle de conceptos, precios y demás requisitos exigibles. • Justificante del pago de la factura, cuando en la misma no se deje constancia del pago. 																													
DATOS PARA EL PAGO																													
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta bancaria del titular solicitante.</i>																													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.C. Y NUMERO DE CUENTA																										
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 otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social. 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. d) Que autorizo al ISFAS 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. 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 autorización con copia del DNI del titular y representante) Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. NIF del representante: Relación con el titular:																										
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS																													

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número	Correo electrónico
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	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.
<input type="checkbox"/> AUDÍFONOS PARA MAYORES DE 26 AÑOS <input type="checkbox"/> REPARACIONES <input type="checkbox"/> LARINGÓFONO <input type="checkbox"/> CÁNULAS DE PLATA PARA TRAQUEOTOMÍA / LARINGUECTOMÍA			
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> 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. El período mínimo de renovación ordinaria de estas prestaciones será de 4 años desde la fecha de factura, excepto para las cánulas de plata para traqueotomía que no están sujetas a plazo de renovación. La ayuda para audífono es incompatible con la prestación de audífono prevista en el Catálogo común de Ortoprótisis externas para menores de 26 años. Cuando se prescriba la adaptación bilateral de audífonos, ambos podrán ser objeto de ayuda económica. Las reparaciones de audífonos y laringófonos pueden ser también objeto de ayuda, con un máximo del 50% de la ayuda establecida para su adquisición. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> Con carácter general, las solicitudes se presentarán a través de la Sede Electrónica del ISFAS. También podrán presentarse en las Delegaciones del ISFAS. El plazo de resolución de esta solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha de entrada en el ISFAS. 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. 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. 			
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTOS DE DATOS			
<p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones sanitarias complementarias cuya finalidad será la gestión de expedientes para prestaciones por otras ayudas técnicas, 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.</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: Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento.</p>			