

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. |
|-------------|--|--------|

| 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 | | | <input type="checkbox"/> AYUDAS BAJA VISIÓN | | |
| <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL (LEJOS O CERCA) | | | <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN CRISTAL TELELUPA | | |
| <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL (PROGRESIVO / BIFOCAL) | | | <input type="checkbox"/> LENTE TERAPÉUTICA (UNIDAD) | | |
| <input type="checkbox"/> LENTILLA (UNIDAD) | | | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA REFRACTIVA (CADA OJO) | | |

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- En solicitudes relativas a ayudas para gafas, cristales y lentillas, salvo en el caso de lentes terapéuticas, **informe** 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.
- En el caso de ayudas para técnicas de cirugía refractiva, **informe del especialista en Oftalmología**, en el que deberá constar el diagnóstico y la corrección óptica requerida antes de la intervención, así como la técnica realizada.
- En solicitudes de ayudas para baja visión (gafas telelupa, lupas, filtros, microscopios), **informe del especialista en Oftalmología**, en el que se detallará la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, el campo visual.
- **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

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

| | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ _____ _____ _____ |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

COD. IBAN

DATOS BANCO O CAJA

DATOS DE LA SUCURSAL

D.C. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

- Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.
- Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.
- 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.
- 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 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. |
| PRESTACIONES | | | |
| <input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS DE LEJOS O CERCA <input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS PROGRESIVAS O BIFOCALES <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL (LEJOS O CERCA) <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL (PROGRESIVO O BIFOCAL) <input type="checkbox"/> LENTILLA UNIDAD) | | <input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES <input type="checkbox"/> AYUDAS PARA BAJA VISIÓN <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL TELELUPA <input type="checkbox"/> LENTE TERAPÉUTICA (UNIDAD) <input type="checkbox"/> CIRUGÍA REFRACTIVA) | |
| 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. 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. Las ayudas para gafas, sustitución de cristales y lentillas, de cualquier tipo, son incompatibles entre sí, pudiendo reconocerse 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. En el caso de lentillas desechables, la ayuda máxima a conceder deberá solicitarse de una sola vez para su concesión. 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. 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. | | | |
| 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 o en cualquier registro público. 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 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, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es.</p> <p>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> | | | |