



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).

PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO O MENOR ACOGIDO A CARGO CON DISCAPACIDAD

CÓDIGO DE EXPEDIENTE

	1ª SOLICITUD
	CONTINUIDAD
	RECLASIFICACION
	CAMBIO TITULAR
	OTRAS SITUACIONES

1.- DATOS DEL TITULAR DEL ISFAS O.A.

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	Número de afiliación:
NIF/Pasaporte/D. Identificación:		Domicilio (Calle, Plaza.....) y número:	
Código postal:	Localidad:	Provincia:	Teléfono:
Correo electrónico:			

2.- DATOS DEL OTRO PROGENITOR/A, ADOPTANTE o ACOGEDOR/A PERMANENTE

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	NIF/Pasaporte/D. Identificación:
Nº afiliación al ISFAS O.A. o Rég. Seg. Soc. al que pertenece			

3.- SI LO SOLICITA COMO PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

(marque con X las cuadrículas correspondientes)

Curatela:	Tutela:	Guardador de Hecho:	Otros (Especifique cuál):
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	NIF/Pasaporte/D. Identificación:
Domicilio (Calle, Plaza.....) y núm.:			
Código postal:	Localidad:	Provincia:	Teléfono:
Correo electrónico:			

Deberá aportar Resolución judicial mediante la que se constituya la tutela/curatela o, en su defecto certificación del Registro Civil en la que figure que dicha persona ha sido incapacitada judicialmente y los datos de su tutor o partida literal de nacimiento en la que figure una anotación marginal donde conste la incapacidad judicial y los datos del tutor o documento expedido por Entidad Pública que tiene atribuida la protección de menores o incapacitados, que acredite el acogimiento del menor o incapacitado o auto judicial encomendando la guarda y custodia.
Para el supuesto de tutela o curatela documento de toma de posesión o aceptación del cargo de tutor/curador.

4.- DATOS DE NOTIFICACIÓN (ver instrucciones)

Domicilio (Calle, Plaza.....) y número:			
Código postal:	Localidad:	Provincia:	Teléfono:

EJEMPLAR PARA EL ISFAS O.A.

5.- DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/					(marque con X las cuadrículas correspondientes)						
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:		NIF:					
En caso de que su grado de discapacidad sea igual o superior al 75%: necesita ayuda 3ª persona							SI:	NO:			
(marque lo que proceda)											
Estado Civil:		Soltero/a:		Casado/a :		Viudo/a:		Separado/a:		Divorciado/a:	
Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta:							Propia:		Ajena:		
Los rendimientos netos anuales que obtiene por este concepto superan el 100 por cien del salario mínimo							Sí	No			
Interprofesional en cómputo anual, <u>excluidos los gastos deducibles</u> según legislación fiscal.											
Convive con la persona solicitante:		SI:		NO:		Si no convive especifique el motivo:					
6.- FORMA DE PAGO: (Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante):											
COD. IBAN		ENTIDAD		SUCURSAL		DC y		NÚMERO DE CUENTA			
(**) NOTA IMPORTANTE: Junto con esta solicitud deberá aportar la Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad y dictamen técnico-facultativo en vigor, expedidos por los órganos del IMSERSO o de las Comunidades Autónomas o Diputaciones Forales, con competencias en esta materia, en el caso de haber sido prorrogado el dictamen a tenor del R.D. 888/2022, artículo 12.4, aportar dicha prórroga o documento que justifique haber solicitado la revisión. También se podrá acreditar la necesidad de tercera persona mediante la aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD).											
(**) Si la persona causante tiene 16 o más años de edad, el ISFAS O.A. solicita su autorización para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en cualquier Administración y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, a prestación reconocida, para lo que la persona causante suscribe esta autorización:											
(firma de la persona causante, o representante legal)											
El Instituto Social de las Fuerzas Armadas Organismo Autónomo solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.											
SÍ doy mi consentimiento											
NO doy mi consentimiento											
NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar en su caso, la prestación reconocida.											
El Instituto Social de las Fuerzas Armadas Organismo Autónomo solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, correo electrónico y datos de contacto facilitados para enviarles comunicaciones relacionadas con la presente solicitud.											
SÍ doy mi consentimiento											
NO doy mi consentimiento											
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:											
1.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.											
2.- Ninguna de las personas progenitoras, adoptantes o acogedoras perciben ni han solicitado prestación por el mismo hecho para la misma persona causante en ningún otro Régimen público de Seguridad Social.											
3.- Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión no contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensión asistencial regulada en la Ley 45/1960, de 21 de julio, y con los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Por ello, manifiesto, respecto de ambas personas progenitoras, adoptantes o acogedoras, que:											
4.- Conozco que estoy obligado/a a comunicar inmediatamente al ISFAS O.A. cualquier variación que incida en los requisitos de la prestación.											
En a de 20__											
(Lugar, fecha y firma de la persona solicitante y del otro progenitor o su representantes legal)											



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).

**PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO O MENOR
ACOGIDO A CARGO CON DISCAPACIDAD**

CÓDIGO DE EXPEDIENTE

	1ª SOLICITUD
	CONTINUIDAD
	RECLASIFICACION
	CAMBIO TITULAR
	OTRAS SITUACIONES

1.- DATOS DEL TITULAR DEL ISFAS O.A.

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	Número de afiliación:
NIF/Pasaporte/D. Identificación:		Domicilio (Calle, Plaza.....) y número:	
Código postal:	Localidad:	Provincia:	Teléfono:
Correo electrónico:			

2.- DATOS DEL OTRO PROGENITOR/A, ADOPTANTE o ACOGEDOR/A PERMANENTE

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	NIF/Pasaporte/D. Identificación:
Nº afiliación al ISFAS O.A. o Rég. Seg. Soc. al que pertenece:			

3.- SI LO SOLICITA COMO PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

(marque con X las cuadrículas correspondientes)

Curatela:	Tutela:	Guardador de Hecho:	Otros (Especifique cuál):
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre:	NIF/Pasaporte/D. Identificación:
Domicilio (Calle, Plaza.....) y núm.:			
Código postal:	Localidad:	Provincia:	Teléfono:
Correo electrónico:			

Deberá aportar Resolución judicial mediante la que se constituya la tutela/curatela o, en su defecto certificación del Registro Civil en la que figure que dicha persona ha sido incapacitada judicialmente y los datos de su tutor o partida literal de nacimiento en la que figure una anotación marginal donde conste la incapacidad judicial y los datos del tutor o documento expedido por Entidad Pública que tiene atribuida la protección de menores o incapacitados, que acredite el acogimiento del menor o incapacitado o auto judicial encomendando la guarda y custodia.
Para el supuesto de tutela o curatela documento de toma de posesión o aceptación del cargo de tutor/curador.

4.- DATOS DE NOTIFICACIÓN (ver instrucciones)

Domicilio (Calle, Plaza.....) y número:			
Código postal:	Localidad:	Provincia:	Teléfono:

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

5.- DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/					(marque con X las cuadrículas correspondientes)						
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:		NIF:					
En caso de que su grado de discapacidad sea igual o superior al 75%: necesita ayuda 3ª persona							SI:	NO:			
(marque lo que proceda)											
Estado Civil:		Soltero/a:		Casado/a :		Viudo/a:		Separado/a:		Divorciado/a:	
Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta:							Propia:		Ajena:		
Los rendimientos netos anuales que obtiene por este concepto superan el 100 por cien del salario mínimo							Sí	No			
Interprofesional en cómputo anual, <u>excluidos los gastos deducibles</u> según legislación fiscal.											
Convive con la persona solicitante:		SI:		NO:		Si no convive especifique el motivo:					
6.- FORMA DE PAGO: (Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante):											
COD. IBAN		ENTIDAD		SUCURSAL		DC y		NÚMERO DE CUENTA			
(**) NOTA IMPORTANTE: Junto con esta solicitud debiera aportar la Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad y dictamen técnico-facultativo en vigor, expedidos por los órganos del IMSERSO o de las Comunidades Autónomas o Diputaciones Forales, con competencias en esta materia, en el caso de haber sido prorrogado el dictamen a tenor del R.D. 888/2022, artículo 12.4, aportar dicha prórroga o documento que justifique haber solicitado la revisión. También se podrá acreditar la necesidad de tercera persona mediante la aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD).											
(**) Si la persona causante tiene 16 o más años de edad, el ISFAS O.A. solicita su autorización para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en cualquier Administración y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, a prestación reconocida, para lo que la persona causante suscribe esta autorización:											
(firma de la persona causante, o representante legal)											
El Instituto Social de las Fuerzas Armadas Organismo Autónomo solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.											
SÍ doy mi consentimiento											
NO doy mi consentimiento											
NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar en su caso, la prestación reconocida.											
El Instituto Social de las Fuerzas Armadas Organismo Autónomo solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, correo electrónico y datos de contacto facilitados para enviarles comunicaciones relacionadas con la presente solicitud.											
SÍ doy mi consentimiento											
NO doy mi consentimiento											
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:											
1.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.											
2.- Ninguna de las personas progenitoras, adoptantes o acogedoras perciben ni han solicitado prestación por el mismo hecho para la misma persona causante en ningún otro Régimen público de Seguridad Social.											
3.- Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión no contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensión asistencial regulada en la Ley 45/1960, de 21 de julio, y con los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Por ello, manifiesto, respecto de ambas personas progenitoras, adoptantes o acogedoras, que:											
4.- Conozco que estoy obligado/a a comunicar inmediatamente al ISFAS O.A. cualquier variación que incida en los requisitos de la prestación.											
En a de 20__											
(Lugar, fecha y firma de la persona solicitante y del otro progenitor o su representantes legal											

INSTRUCCIONES GENERALES

ESCRIBA EN LETRA MAYUSCULA

INSTRUCCIONES PARA LOS EPÍGRAFES QUE SE INDICAN

1.- Datos de la persona solicitante perceptora.

- En el caso de que la persona solicitante sea la propia persona con discapacidad, en el espacio "Relación con la persona causante" indique "EL MISMO". De no ser así, señale el parentesco o, en su caso, la palabra "representante". Esta situación se producirá cuando la persona con discapacidad tenga 18 ó más años, no haya sido incapacitada judicialmente y conserve su capacidad de obrar.
- En cualquier supuesto, debe anotarse el domicilio actual de la persona solicitante.
- Datos del otro progenitor o persona que presta medidas de apoyo a personas con discapacidad (en su caso):** En el recuadro "Régimen de Seguridad Social" se indicará el que corresponda a esta persona, cualquiera que sea el Régimen Público de Seguridad Social al que esté afiliada (en caso de no existir dicha persona, indíquese y justifíquese la causa).

2.- Datos de la persona con discapacidad causante.

- Las cuadrículas que se marquen y los datos que se transcriban deben reflejar adecuadamente la situación de la persona causante respecto a:
 - La persona titular de documento de afiliación de ISFAS O.A.
 - Su propia pertenencia o no al colectivo de ISFAS O.A.
 - La realización o no de una actividad laboral lucrativa, la percepción de alguna pensión contributiva y su posible afiliación obligatoria al respectivo Régimen de Seguridad Social.

5.- Datos de notificación.

- Sólo se rellenará si se desea que las notificaciones se reciban en un domicilio distinto al señalado por la persona solicitante en el epígrafe 1.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

La prestación por hijo/a o menor en acogimiento a cargo con discapacidad, consiste en una asignación económica, cuya cuantía, fijada por Ley, se suele actualizar, en general, por las Leyes anuales de Presupuestos Generales del Estado, y que varía, en principio, en función de que la persona causante con discapacidad sea menor o mayor de 18 años. En el primer caso, se exige una discapacidad en grado igual o superior al 33 % y la cuantía es única; en el segundo, es necesario que la discapacidad sea en grado igual o superior al 65 % y la cuantía también es única, salvo que alcance el 75 % y, además, la persona causante con discapacidad necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, en cuyo supuesto la asignación es superior.

Pueden causar también la prestación los hijos/as o menores acogidos/as con discapacidad, que estén a cargo de una persona mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación y convivan con dicha persona, que, encontrándose en las situaciones de discapacidad señaladas en el párrafo anterior, realicen una actividad laboral lucrativa, siempre que los ingresos que perciban por este concepto, en cómputo anual, no superen el 100 % del salario mínimo interprofesional vigente, también en cómputo anual. El realizar actividad laboral o el cobro de rentas asimiladas al salario (desempleo, renta activa de inserción...) es la única excepción que se admite para justificar que la persona con discapacidad, de baja en el colectivo de ISFAS O.A., tenga derecho a la prestación de hijo, hija o menor en acogimiento a cargo con discapacidad.

Con carácter general, los efectos de las altas, reposiciones y variaciones que supongan un aumento en la cuantía de la prestación se producirán al trimestre natural inmediatamente siguiente a aquél en que se presente la solicitud, siempre que dicha solicitud se acompañe de la documentación necesaria. En los casos en que las variaciones supongan una reducción o extinción de la prestación, ésta ocurrirá el último día del trimestre natural en que se haya producido dicha variación, sin tener en consideración la fecha de comunicación de la misma.

A partir de la fecha de efectos, la prestación se abona por ISFAS O.A., mensualmente, incluyendo en el primer pago los atrasos, si los hubiere.

La persona solicitante perceptora de la prestación está obligada a comunicar a ISFAS O.A., con carácter inmediato, cualquier variación en las circunstancias declaradas en la presente solicitud, que puedan afectar a los requisitos de la prestación.

Cualquier abono que se efectúe indebidamente durante un período en que no se reunieran los requisitos necesarios, dará lugar al oportuno reintegro de las percepciones indebidas.

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 Organismo Autónomo. 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 O.A., 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>

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