



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).

**EXPEDIENTE DE AYUDA
PARA LA ATENCIÓN DE
ENFERMOS CRÓNICOS**

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

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			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
☐ POR CAMA ARTICULADA ☐ POR COLCHÓN ANTIESCARAS ☐ POR GRÚA ELEVADORA O APARATOS SIMILARES ☐ POR ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
☐ POR ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD ☐ POR ELEVADOR WC ☐ POR ASIENTO GIRATORIO BAÑERA ☐ POR OTRAS AYUDAS TÉCNICAS			
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			
- Informe médico extendido por el facultativo que corresponda al asegurado en el que conste expresamente la necesidad de la adquisición o adaptación por la que se solicita la ayuda y certificado de discapacidad, que acredite su condición legal de persona con discapacidad para los supuestos en que sea exigible. - Factura expedida a nombre del beneficiario para el que se solicita la prestación. Las facturas deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles. - Autorización firmada por cada uno de los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, para la consulta de datos fiscales a la Agencia Tributaria y fotocopia del DNI de los mismos. En el País Vasco y Navarra no será necesario aportar la documentación precedente, debiendo presentar fotocopia de la declaración del IRPF, del modelo de devolución del exceso de ingresos a cuenta o certificado de imputaciones de renta en caso de no tener obligación de declarar, de todos los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, todos ellos referidos al periodo impositivo anterior en dos años al de la solicitud. - Declaración responsable de las pensiones o prestaciones percibidas por la unidad familiar de otros Regímenes Públicos de protección social distintos del ISFAS, que tengan el carácter de exentas o no estén sujetas al impuesto de la renta de las personas físicas y autorización para realizar verificaciones o consultas necesarias con las Administraciones Públicas competentes. Para los residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, con los documentos necesarios (informes, presupuestos y facturas) se acompañará de su traducción al español.			
DATOS PARA EL PAGO			
☐ PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE			
Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.			
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
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 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. 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			

* Cada impreso sólo es utilizable para un beneficiario y para un tipo de prestación.
Ejemplar para el ISFAS

SP- 11.1.4.1

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			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
☐ POR CAMA ARTICULADA	☐ POR ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
☐ POR COLCHÓN ANTIESCARAS	☐ POR ELEVADOR WC		
☐ POR GRÚA ELEVADORA O APARATOS SIMILARES	☐ POR ASIENTO GIRATORIO BAÑERA		
☐ POR ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS A MOTOR PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	☐ POR OTRAS AYUDAS TÉCNICAS		
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
- El importe de la ayuda para los supuestos enumerados en la solicitud es un porcentaje del precio abonado, porcentaje que se determina en razón inversa al nivel de renta disponible individual mensual del beneficiario. - En ningún caso las ayudas pueden ser superiores al coste abonado. Existe un límite máximo y un límite mínimo para la ayuda fijados en la normativa aplicable. 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 crónicos, 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.			



ANEXO III

DECLARACIÓN DE PENSIONES O PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF

(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., N° 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 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 las 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.



ANEXO IV

Autorización para solicitar datos económicos a la AEAT

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 la ayuda económica para LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CRÓNICOS 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 artículo 95.1 k) 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:

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:

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

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