GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE DEFENSA | ISFAS INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA

EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

S O L I C I T U D

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ 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.

☐ PRIMERA CONCESIÓN ☐ RENOVACIÓN

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- Informe del médico especialista en psiquiatría de los servicios asignados, en función de la Modalidad de adscripción del titular, en el que habrá de constar el proceso que motiva la necesidad de atención psiquiátrica y si ésta debe dispensarse en régimen de internamiento o de estancia en régimen de Hospital de Día. En su defecto, se deberá unir al expediente la orden judicial de internamiento.
- Factura del centro que debe incluir el nombre del paciente, número de estancias, régimen de la asistencia (internamiento u hospital de día) y demás requisitos exigibles.
- Justificación documental del abono de la factura por parte del interesado o, en caso de solicitud de pago directo al centro, escrito en el que el mismo manifieste su conformidad con esta forma de pago y número de cuenta para materializarlo.
- Presupuesto del centro, en el que se detalle el coste de la asistencia por cada día de estancia, **exclusivamente cuando en el momento de formularse la solicitud, no se disponga aún de facturas.**

DATOS PARA EL PAGO

☐ PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE ☐ PAGO AL CENTRO HOSPITALARIO

Consígnese a continuación los datos de la cuenta bancaria del titular solicitante o del centro hospitalario.

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 autorizacion con copia de 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.***
Ejemplar para el ISFAS

SP- 8.1.2.1 2020

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

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE DEFENSA | ISFAS INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA

EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA SEDE ELECTRÓNICA O EN LA DELEGACIÓN DEL ISFAS QUE CORRESPONDA A SU LUGAR DE RESIDENCIA.

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	☐ El que conste para el ISFAS ☐ 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.

☐ PRIMERA CONCESIÓN ☐ RENOVACIÓN

INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- Sólo pueden acogerse a esta prestación los beneficiarios adscritos a cualquier Modalidad de asistencia especializada por Sanidad Militar y aquellos que a 31 de diciembre de 2019 se encontraran adscritos a la Modalidad de Asistencia por Servicios públicos de Salud, con antecedentes de ingreso previo o en curso que hubieran sido atendidos con esta prestación.
- La prestación consistirá en una ayuda económica por cada día de estancia en régimen de internamiento o de estancia diurna (hospital de día) en el Hospital psiquiátrico que elija el beneficiario, acreditado por la Administración competente.
- La ayuda será abonable por meses, durante un periodo máximo de seis meses. No podrá ser superior al coste facturado, alcanzando todos los conceptos derivados de la asistencia integral del paciente, incluidos las técnicas de diagnóstico y tratamiento, así como la medicación y demás productos sanitarios que precise durante su hospitalización.
- De resultar necesario prolongar la asistencia, se presentará solicitud de renovación acompañada de nuevo informe del especialista encargado de la asistencia que indique esta necesidad.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- 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

Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones suplementarias de la atención primaria y especializada cuya finalidad será el abono de prestación económica en hospital psiquiátrico, 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**.

Ejemplar para sellar y devolver al interesado a los efectos previstos en el art. 16.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

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