



Sello del Registro de Entrada

Anexo II
2020

Código de Barras

TRAMITACIÓN
ORDINARIA

SOLICITUD DE LAS AYUDAS DESTINADAS A FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PRESCRITOS POR PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI QUE ESTÉN SUJETOS A FINANCIACIÓN PÚBLICA

SOLICITANTE

Nombre: _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Teléfono DNI Código TIS

REPRESENTANTE (*), TUTOR/A(*), CURADOR/A(*), REPRESENTANTE LEGAL(*), MADRE(**), PADRE(**) DEL SOLICITANTE

Nombre: _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

DNI Teléfono

- (*) Si la representación es sólo para tramitar esta ayuda, bastará con firmar la presente solicitud por la persona beneficiaria y por quien actúe de representante.
- (*) Si la persona solicitante de la ayuda está **legalmente incapacitada**, la solicitud la firmará el tutor, curador o representante legal acreditando su representación mediante sentencia judicial o documento notarial, que se adjuntará a la solicitud. Asimismo, si el representante actuara en nombre de una entidad aportará el poder notarial correspondiente.
- (***) Si la persona solicitante es **menor de edad no emancipada**, la solicitud la firmará la madre o el padre, acreditando su representación mediante copia del libro de familia, que se adjuntará a la solicitud.

DATOS BANCARIOS (marque la opción que corresponda)

1.- Habiendo sido con anterioridad beneficiario/a de estas ayudas, **solicito su abono en la misma cuenta** 2.- Solicito que el abono de la ayuda se efectúe en la **siguiente cuenta bancaria de la que soy titular** :IBAN

(Si ha marcado la opción 2, DEBE rellenar los datos del IBAN y APORTAR copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria)

**DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN**

Vía: _____ Nº ____ Esc __ Piso ____ Letra ____

Código Postal: Municipio _____

Territorio Histórico / Provincia _____ País _____

Correo electrónico: _____

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN A LA SOLICITUD (si es el caso, márkuelos)

- Documentación que acredita la condición de representante
- Fotocopia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de cuenta bancaria (solo en la opción 2 de datos bancarios).
- Recetas del Servicio Público de Salud u hoja de tratamiento activo.
- Tickets originales o factura original de la oficina de farmacia.
- Documentación que acredita la condición de clase pasiva y la afiliación a MUFACE, MUGEJU o ISFAS, certificado de empadronamiento en un municipio de la CAE, y copia de la declaración de IRPF liquidada en los ejercicios 2018 y 2019 (**Solo para las clases pasivas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS**)

CONSENTIMIENTOS

AUTORIZO al órgano gestor de esta convocatoria para que se comprueben, constaten o verifiquen en la administración competente los siguientes datos, tanto por medios electrónicos como por medios que estén disponibles:

- Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegurado
- Datos relativos a los ingresos (declaración IRPF o certificado de no estar obligado a su realización)
- Datos relativos a la situación legal de desempleo y a la condición de perceptor de la Renta de Garantía de Ingresos
- Datos relativos al reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria, en el caso de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España

DECLARACIONES RESPONSABLES**1.- Declaración de compatibilidad (marque su opción y rellene a continuación si ha marcado SÍ)**

Declaro que **NO** / **SÍ** estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o entidades privadas por importe de _____ € en concepto de _____

2.- Otras declaraciones

Declaro que

- **NO** he recibido ninguna sanción, penal o administrativa, que me imposibilite obtener subvenciones o ayudas públicas
- **NO** estoy incurso/a en ninguna prohibición legal que me inhabilite para obtener subvenciones o ayudas públicas, con mención expresa a las que se hayan producido por discriminación de sexo
- **NO** estoy incurso/a en ningún procedimiento de reintegro o sancionador que, habiéndose iniciado en el marco de ayudas o subvenciones de la misma naturaleza concedidas por la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y sus organismos autónomos, se halle todavía en tramitación o ha terminado el mismo
- **CUMPLO** con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudas
- Los **DATOS** contenidos en esta solicitud y en los documentos que la acompañan son **VERDADEROS**.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos de carácter personal que consten en la solicitud serán tratados e incorporados a la actividad de tratamiento Ayudas y Subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones.

Responsable: Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias.

Finalidad: Gestión de las ayudas reguladas por el Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se regulan ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos.

Legitimación: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Ley General de Subvenciones. Ley de Principios Ordenadores de la Hacienda General del País Vasco. Tratamiento con consentimiento de la persona interesada.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Ud. tiene el derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos, así como de limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

Información adicional: podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: www.euskadi.eus/rgpd/0336313

En cumplimiento de Reglamento General de Protección de datos.

En _____, a ____ de _____ de 2020

Firma SOLICITANTE _____

Firma REPRESENTANTE, TUTOR/A, CURADOR/A, MADRE, PADRE, REPRESENTANTE LEGAL (según el caso) _____