



Sello del Registro de Entrada

Anexo II

Código de Barras

2025

TRAMITACIÓN
ORDINARIASOLICITUD 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: _____

DNI Teléfono Código TIS ☐ REPRESENTANTE ^(a) ☐ REPRESENTANTE LEGAL ^(b) ☐ MADRE/ PADRE ^(c)
☐ GUARDA DE HECHO ^(d) DEL SOLICITANTE (marque según el caso)

Nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

DNI Teléfono

- ^(a) Si la representación es sólo para tramitar esta ayuda, bastará con firmar este formulario por la persona solicitante y por quien actúe de representante.
- ^(b) Si la persona solicitante está sujeta a **medidas judiciales**, la solicitud la firmará el tutor, curador, defensor judicial acreditando su representación mediante resolución judicial, que se adjuntará a la solicitud. Asimismo, el *apoderado* y el representante que actúe en nombre de una entidad aportarán el documento notarial correspondiente.
- ^(c) 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.
- ^(d) El **guardador/a de hecho** declara bajo su responsabilidad que asiste/apoya a la persona solicitante con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica, a los efectos de tramitar esta solicitud. La solicitud la firmará el guardador/a de hecho.

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**

Calle: _____ N° ____ 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).
- ☐ **(OBLIGATORIO)** Recetas del Servicio Público de Salud u hoja de tratamiento activo.
- ☐ **(OBLIGATORIO)** Tickets originales o factura original de la oficina de farmacia.
- ☐ **(OBLIGATORIO SÓLO para las clases pasivas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS)** Documentación que acredita la condición de clase pasiva y la afiliación a MUFACE, MUGEJU o ISFAS, y certificado de empadronamiento en un municipio de la CAE.

CONSULTA / VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

El Departamento de Salud consultará/verificará de oficio (art. 28 de la Ley 39/2015) en la administración competente tanto por medios electrónicos o por otros medios disponibles los siguientes datos:

- Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegurado
- 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
- Datos relativos al cumplimiento de las obligaciones tributarias y de la Seguridad Social (Haciendas Forales y TGSS) mediante el Servicio de consulta de estar al corriente de pago de obligaciones con Haciendas Forales y TGSS, del Nodo de Interoperabilidad de NISAE. En caso de oposición, deberá aportar los certificados que acrediten dicho cumplimiento.
- Datos relativos a los ingresos en los términos establecidos en la Orden de esta convocatoria (declaración IRPF liquidada en los ejercicios 2023 y 2024 (Solo para las clases pasivas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS) o certificado de no estar obligado a su realización), que sean estrictamente necesarios, mediante el Servicio de Nivel de Renta – IRPF del Nodo de Interoperabilidad de NISAE.

Salvo que la persona interesada se oponga a ello, de manera motivada (art. 21 del Reglamento (U.E) 2016/679 de Protección de Datos).

Podrá ejercer su derecho de oposición en <https://www.euskadi.eus/clausulas-informativas/web01-sedepd/es/transparencia/087600-cap2-es.shtml>. En caso de oposición, deberá aportar los certificados que acrediten dicho cumplimiento.

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, bajo mi responsabilidad, 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
- CUMPLO** con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudas, dispongo de la documentación que lo acredita y la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida, y me comprometo a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el tiempo inherente al reconocimiento como persona beneficiaria de las 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 denominada Ayudas y Subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones.

Responsable: Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Dirección de Salud Pública y Adicciones. **Finalidad:** Gestión de ayudas económicas y subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones. **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 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. Ley 20/2023, de 21 de diciembre, Reguladora del Régimen de Subvenciones. **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: <https://www.euskadi.eus/rgpd/0336323>. **Normativa:** Reglamento General de Protección de Datos (<https://www.boe.es/boe/2016/119/L00001-00088.pdf>) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>)

En _____, a ____ de _____ de 2025

Firma SOLICITANTE _____

Firma REPRESENTANTE, REPRESENTANTE LEGAL, MADRE/ PADRE, GUARDOR/A HECHO del solicitante (según el caso) _____