



Sello del Registro de Entrada

Anexo I  
2021

Código de Barras

## TRAMITACIÓN SIMPLIFICADA

### SOLICITUD DE 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 (\*), 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: \_\_\_\_\_ 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, márquelos)

- Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.
- 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).

## 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.

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-capa2-es.shtml>

## 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 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. Decreto Legislativo 1/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Principios Ordenadores de la Hacienda General del País Vasco. **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/0336316>. **Normativa:** Reglamento General de Protección de Datos (<https://www.boe.es/DOUE/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 2021

Firma SOLICITANTE \_\_\_\_\_

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