

Sello del Registro de Entrada

Anexo I

Código Barras

2016

TRAMITACIÓN SIMPLIFICADA

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

Datos de la persona solicitante:

Nombre:

Apellidos: _____

Digitized by srujanika@gmail.com

DNI:

Cód. TIS:

Cód. TIS:

See Fig.

Representante

- En el caso de que la representación sea solo para tramitar esta ayuda bastará con firmar la presente solicitud por la persona beneficiaria y por quien actúe de representante.
 - En el caso de que la persona solicitante de la ayuda esté **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 aportaría el poder notarial correspondiente.
 - En el caso de que la persona solicitante sea **menor de edad no emancipada**, la solicitud la firmará el padre o la madre, acreditando su representación mediante copia del libro de familia, que se adjuntará a la solicitud.

Nombre del representante y/o entidad: _____

Apellidos: _____

Datos Bancarios (marcar con una X lo que corresponda):

1- Habiendo sido beneficiario/a de las ayudas en alguno de los ejercicios anteriores, **solicito su abono en la misma cuenta.**

2- Solicito al Departamento de Salud que el abono de la cuantía correspondiente a la ayuda que me pudiera corresponder, se efectúe en la siguiente cuenta bancaria de la que soy titular (**Es imprescindible aportar copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria**):

IBAN: Banco o caja: Sucursal:

Datos a efectos de notificación y comunicación:

Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____

Código Postal: Municipio: _____

Territorio Histórico: _____ País: _____

Correo Electrónico: _____

Relación de documentos que acompañan a la solicitud:

- Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.
- Copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria (solo en el caso de datos bancarios 2).

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 IRFP o certificado de no estar obligado a su realización)
- Datos relativos a la situación legal de desempleo, no percepción de prestación por desempleo ni Renta de Garantía de Ingresos
- Datos relativos a la realización periódica del gasto objeto de la ayuda.
- Datos relativos al reconocimiento de la asistencia sanitaria en el caso de personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud (Decreto 114/2012, de 26 de junio)

Declaraciones Responsables:*Declaraciones de compatibilidad*

Declaro que estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o entidades privadas:

NO SI Importe _____ €. En concepto de _____*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.
- Cumplio 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:

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos que Vd. aporta serán incluidos en el fichero automatizado denominado "Ayudas de Adherencia" cuya finalidad es la 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.

El fichero está bajo la responsabilidad de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, pudiendo ejercitar ante la misma los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en las siguientes direcciones: C/ Donostia-San Sebastián, 1. 01011 Vitoria-Gasteiz.

Los datos facilitados no serán objeto de cesión a terceras personas u organizaciones y se circumscribe al uso exclusivo de la gestión de las ayudas a las personas solicitantes por el Departamento de Salud.

En _____, a ____ de _____ de 2016

Firmado: _____ (solicitante) Firmado: _____ (representante*)