



Sello del Registro de Entrada

Anexo II
2023

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: _____ 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).
- 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, y certificado de empadronamiento en un municipio de la CAE (**Solo para las clases pasivas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS**)

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 2021 y 2022 (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-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/0336319>. **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 2023

Firma SOLICITANTE _____

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