

SOLICITUD AYUDAS POR DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA

Enfermedad común Acc. Tráfico Acc. Laboral INSS Acc. Laboral Mutua Desplazado Ensayo Clínico Otros _____

PACIENTE

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____
Nombre _____ NIF/NIE _____
Domicilio _____
Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____
Teléfono/s _____

REPRESENTANTE LEGAL (Exclusivamente para pacientes menores de edad, incapacitados/as y discapacitados/as)

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____
Nombre _____ NIF/NIE _____
Parentesco con paciente _____

DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

Centro sanitario de destino _____ Localidad _____
Medio de transporte _____ Acompañante _____

DATOS BANCARIOS (IBAN)

--	--	--	--	--	--

DOCUMENTACIÓN APORTADA (Señalar lo que proceda)

- Fotocopia del NIF/NIE del paciente. En el caso de menores, incapacitados/as y discapacitados/as, fotocopia del NIF/NIE del representante legal.
- Solamente en el caso de no haber sido derivado/a del Área de Salud de Plasencia**, deberá presentar fotocopia de la orden de asistencia en vigor, donde deberá figurar si precisa acompañante
- Justificante **original** del centro sanitario donde se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado o ha recibido asistencia.
- Originales** de billetes del transporte público utilizado en el trayecto por el paciente y, en su caso, el acompañante.
- Originales** de facturas de los gastos de alojamiento y manutención del paciente y, en su caso, del acompañante.
- Documento de alta a terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria (sólo la primera vez o modificación de cuenta bancaria).

....., a de de 20.....
Firma del paciente o representante legal

Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales: Los datos de carácter personal se van a incorporar en ficheros automatizados que tienen por finalidad la gestión de expedientes de prestaciones y ayudas. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento previstos en la Ley Orgánica. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse por escrito a la Gerencia del Área de Salud de Plasencia.

DESTINATARIO: GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA

TARJETA SANITARIA, PRESTACIONES Y UNIDAD DE INFORMACIÓN
DIR3 A11030369