

SOLICITUD SUCESIVA AYUDA PRODUCTOS FARMACÉUTICOS USO PEDIÁTRICO

DATOS INTERESADO/S MENOR/ES DE EDAD

1er apellido

2º apellido

--	--

Nombre

Fecha nacimiento

Nombre

Fecha nacimiento

Nombre	Fecha nacimiento	Nombre	Fecha nacimiento

DATOS DEL REPRESENTANTE (Padre, madre o representante legal)

Apellidos

Nombre

N.I.F./N.I.E.

DATOS A EFECTOS DE COMUNICACIONES

Dirección

Localidad

Provincia

Cod. Postal

Teléfono

TIPO DE BENEFICIARIO PARA ACCEDER A LA AYUDA

FAMILIA NUMEROSA

ENFERMEDAD CRÓNICA

DISCAPACITADO/A

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Declaración jurada de que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho.
- Original de la factura acreditativa de los gastos realizados, sellada y firmada por la oficina de farmacia correspondiente, y a nombre del menor al que correspondan los medicamentos facturados.
- En el caso de ENFERMEDAD CRÓNICA y cuando exista modificación en el tratamiento prescrito, copia de informe médico donde figure la nueva medicación.
- En el caso de MODIFICACIÓN DE CUENTA BANCARIA, documento de Alta a Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria, a nombre del representante.

....., a de de 20.....
Firma del representante (padre, madre 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

DECLARACIÓN

Don/Doña _____
Con domicilio en _____
Municipio _____ Provincia _____
N.I.F./N.I.E. _____

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

Que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos.

_____, a ____ de _____ de 20____

Firmado: _____