**SOLICITUD DE AYUDAS POR DESPLAZAMIENTO Y MANUTENCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente.\*)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | Nombre: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | | |  | | | |  |
| En calidad de: Solicitante  Representante  Tutor  HombreMujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | | |  | Población: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | |  | | Correo electrónico\*\*: | | | |  |  |
| **\*Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.**  **\*\*El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | Letras | | | | | | Números | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE**  ***Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*** | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | Número de documento: | |  | | Nombre: | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
| HombreMujer | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Ayudas por desplazamiento y estancia.  Origen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Destino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Paciente:    Tren, autobús, otros Vehículo particular  Alojamiento  Manutención (sólo comidas y cenas)  Acompañante:  Tren, autobús, otros Vehículo particular  Alojamiento Manutención (sólo comidas y cenas) |

|  |
| --- |
| **DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE**  **TITULAR DE LA CUENTA:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Número de cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo *postal (Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaración responsable:**  Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se adjunta**  Justificante de asistencia en el que conste días de ingreso o asistencia a consulta, firmado y/o sellado por el centro sanitario.  Billetes o facturas del medio de trasporte público empleado. (En caso de vehículo particular se aplicará la tarifa establecida).  Factura del establecimiento en el que se haya hospedado el acompañante y, en su caso, el paciente, así como facturas de los gastos de manutención.  Contrato de arrendamiento de vivienda, en su caso, y justificante de pago. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Gerencia de Área. |
| **Finalidad** | Gestión de reintegros de gastos de ayudas por desplazamiento y manutención. |
| **Legitimación** | Ejercicio de poderes públicos –Ley 5/2010, 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Orden 136/2018, de 5 de septiembre, de la Consejería de Sanidad por la que se regula el procedimiento de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el ámbito del SESCAM. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: <https://sanidad.castillalamancha.es/content/politica-de-privacidad> |

En       a       de       de

Firma del solicitante

**TITULAR DE LA GERENCIA DE**