**SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS EN MEDICAMENTOS PARA PACIENTES MENORES DE EDAD CON DISCAPACIDAD**

***Las solicitudes de presentarán dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de vencimiento del semestre cuyo reintegro de gasto se solicita.***

|  |
| --- |
| **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: Progenitor/a [ ]  Representante [ ]  Tutor/a [ ] Hombre *[ ]* Mujer *[ ]*  |
| 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.****\*\*El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PACIENTE MENOR DE EDAD** |
| Nombre: |        |  |
|   |
| 1º Apellido:  |            |  2º Apellido: |       |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ]  NIE [ ]  | Número de documento: |  |       |

Hombre *[ ]* Mujer *[ ]*  |
| **CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  Letras |  Números |  |

 |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Reintegros de gastos por adquisición de medicamentos y efectos y accesorios (excluidos los absorbentes de incontinencia de orina) correspondientes a tratamientos sujetos a financiación pública como prestación farmacéutica ambulatoria, que hayan sido prescritos por personal médico del SESCAM a pacientes menores de edad, con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% que cumplan los requisitos establecidos en la Resolución de 25 de septiembre de 2018, de la Dirección-Gerencia del SESCAM. |
| Periodo de gasto solicitado:Año:       Primer semestre [ ]  Segundo semestre [ ]   |

|  |
| --- |
| **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.[ ]  Me opongo a la consulta del grado de discapacidad reconocido.En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente. A efectos de acreditar el grado de discapacidad reconocido se estará a lo dispuesto en la Orden de 29 de junio de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se crea la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad.**Documentación que se adjunta*** Tickets-facturas de la oficina de farmacia.

Otra documentación que se adjunta:

|  |
| --- |
| \*     \*     \*      |

 |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección General de Asistencia Sanitaria. |
| **Finalidad** | Gestión de prestaciones sanitarias |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos – Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre Derechos y Deberes en materia de Salud de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** |  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://rat.castillalamancha.es/info/1148> |

En       a       de       de

Firma del solicitante

**TITULAR DE LA GERENCIA DE**