**SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASITENCIA SANITARIA.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (Suscriptor del Convenio Especial).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | | | 2º Apellido: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | NIF | NIE | PASAPORTE  documento: | Número de documento |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| Fecha de Nacimiento: | | |  | | | | | | | Sexo: H | | | | | M | | | | Nacionalidad | | |  | |  |
|  | |  | | | | |  |  | | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  |
| Provincia: | |  | | | | |  | C.P.: | | |  | | | | |  | | Población: | |  | | | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | |  | | |  |  | | | | |  | |  |
|  | |  | |  |  | | | | | | | |  | | |  |  | | | | |  | |  |
| Teléfono: | |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| Horario preferente para recibir llamadas: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Situación Laboral: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | NIF | NIE | PASAPORTE | Número de documento |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | | |  |  | | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Sexo: H  M | Domicilio: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |
| Provincia: |  | | |  | | C.P.: | |  | | | | |  | | Población: | | |  | | | |  | | |
|  |  |  |  | | | | | | |  | | |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | | | |  | | |  | Correo electrónico: | | | | |  | | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN (RESPUESTA)** |
| 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.)* |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| **EXPONE**: Que cumpliendo los requisitos previstos en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud,  **SOLICITA:** La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, en Castilla-La Mancha. |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos para ser beneficiario** |
| **Declaraciones responsables:**  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, declarando expresamente que:  No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.  **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 a aportar:**  La persona interesada declara aportar los siguientes documentos:  Certificado del padrón municipal en que conste su residencia y empadronamiento de la persona interesada, sus convivientes y la fecha de alta en el mismo.  Certificados que acrediten la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial.  El requisito de residencia efectiva durante un año en España se entenderá cumplido cuando se acrediten periodos de residencia en el territorio de los demás Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, de Suiza o del Reino Unido. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección Gerencia Sescam |
| **Finalidad** | Necesidad de incorporar un conjunto básico común de datos de las personas que se suscriben al convenio para acceder a las prestaciones de la cartera básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto. |
| **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/2313> |

En      a       de       de

Firma

**DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.**