**SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR**

**ASISTENCIA SANITARIA URGENTE, INMEDIATA Y DE CARÁCTER VITAL**

|  |
| --- |
| **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 [ ] 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 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: |       |  |
| Hombre *[ ]* Mujer *[ ]*  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Asistencia Sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital |

|  |
| --- |
| **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**[ ]  Facturas acreditativas de los gastos realizados**.** [ ]  Informes médicos que indiquen la necesidad de la asistencia y aquéllos que puedan justificar la solicitud.[ ]  Declaración del interesado exponiendo los hechos y razones que dieron origen a la asistencia recibida. |

***El plazo máximo para presentar la solicitud es de cinco años contados desde el día siguiente a aquél en que tenga lugar el hecho causante.***

|  |
| --- |
| **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**