

ANEXO I
SOLICITUD AYUDAS POR DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA

Nº Expediente	
---------------	--

Nº Expediente	/	
---------------	---	--

PACIENTE (cumplimentar en todo caso)

Apellido1º.....	Apellido2º.....
Nombre.....	NIF..... Tarjeta Sanitaria.....
Calle/Plaza.....	Nº.....Escalera.....Piso.....Letra.....
Localidad.....	C.P..... Provincia.....
Teléfono.....	Correo electrónico.....

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL(En pacientes menores de Edad, incapacitado/a y discapacitado/a)

Apellido1º.....	Apellido2º.....
Nombre.....NIF.....	Parentesco con el paciente.....

DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

Localidad de Origen.....	Provincia.....
Centro Sanitario de Destino.....	Provincia.....
Medio de transporte utilizado.....	Acompañante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATOS BANCARIOS

Código País			Entidad			Oficina			DC		Número de Cuenta															

DOCUMENTACIÓN APOTADA (señalar lo que proceda)

- En caso de NO autorizar su consulta al SVDI, fotocopia del NIF del paciente y, en caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante legal o tutor, u otro documento de carácter oficial acreditativo de dicha identidad en el caso de extranjeros.
- Copia de Libro de familia o de sentencia judicial de incapacitación y aceptación de tutoría cuando el beneficiario sea menor de edad o incapacitado, respectivamente.
- Fotocopia de Tarjeta Sanitaria Individual del paciente.
- Copia de la orden de asistencia en vigor, donde deberá figurar si se precisa acompañante, según lo indicado de forma precisa por el correspondiente facultativo
- Justificante ORIGINAL del centro sanitario donde se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado o ha recibido asistencia ambulatoria
- Documento de Alta a Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria (sólo si el beneficiario no figura dado de alta o solicita nueva cuenta bancaria)
- ORIGINALES de billetes de tren y/o autobús utilizados en el trayecto por el paciente y, en su caso, acompañante.
- ORIGINALES de facturas de los gastos de alojamiento y manutención del paciente y, en su caso, acompañante.

RELACIÓN DE JUSTIFICANTES DE GASTOS APORTADOS

Fecha factura o justificante del gasto	Tipo de Gasto (desplazamiento, manutención o alojamiento)	Importe

No autorizo al órgano gestor de la ayuda a la obtención o consulta de mis datos identificativos como paciente/representante (DNI/NIF) directamente, en cuyo caso aporto copia del documento identificativo.

En a.....de.....de.....

Fdo.....

GASTOS DE DESPLAZAMIENTOS.

- 1- Fotocopia del DNI del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as (Del representante Legal o Tutor).
- 2- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitado/as (Del representante Legal o Tutor).
- 3- Copia de la Orden de Asistencia en vigor, donde deberá figurar si se precisa acompañante, según lo indicado de forma precisa por el correspondiente facultativo.
- 4- Justificante original de la asistencia a consulta.
- 5- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as (Del representante Legal o Tutor)