Servicio Extremeño de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Atención a la Dependencia

ANEXO I

SOLICITUD AYUDAS POR DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA

Nº Expediente		Nº Afiliación Seg. Social del paciente	

☐ Enfermedad común ☐ Acc. Tráfico ☐ Acc. Laboral INSS ☐ Acc. Laboral Mutua ☐ Desplazado ☐ Ensayo Clínico ☐ Otros _____

PACIENTE (Cumplimentar en todo caso)

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____

Nombre _____ NIF _____ Tarjeta Sanitaria _____

Calle/Plaza _____ Nº _____ Escalera _____ Piso _____ Letra _____

Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____

Teléfono contacto _____ Correo electrónico _____

DATOS DEL TUTOR O del menor no emancipado o quien ejerza la Patria Potestad o PERSONA DE APOYO por discapacidad

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____

Nombre _____ NIF _____ Parentesco con el paciente _____

DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

Localidad de origen _____ Provincia _____

Centro sanitario de destino _____ Provincia _____

Medio de transporte utilizado _____ Acompañante autorizado ☐ SI ☐ NO

DATOS BANCARIOS

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)

DOCUMENTACIÓN APORTADA (señalar lo que proceda)

☐ En caso de NO autorizar su consulta en el SVDI:
- ☐ -Se deberá aportar fotocopia del NIF del paciente, y en caso de menores no emancipados el NIF del tutor o persona que ejerza la Patria Potestad.
- ☐ - En el caso de personas discapacitadas que tengan adoptadas medidas de apoyo, fotocopia del NIF de la persona que ejerza las mismas.
- ☐ -En el caso de extranjeros documento de carácter oficial acreditativo de su identidad.

☐ Copia del libro de familia o documento acreditativo de la tutela, cuando el beneficiario sea un menor de edad no emancipado o sujeto a patria potestad. En el caso de personas con discapacidad que tengan adoptadas medidas de apoyo, documentación acreditativa de las mismas. Fotocopia de la 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. No es necesaria su aportación, se obtiene de oficio, salvo que se indique su oposición a dicha obtención.

☐ Justificante ORIGINAL del centro sanitario donde se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado o ha recibido asistencia ambulatoria, en el que se indicarán los datos del paciente y de cada uno de los acompañantes.

☐ 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 (no tickets) de los gastos de alojamiento y manutención del paciente, y, en su caso, de 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/NIE) directamente, en cuyo caso aporto copia del documento identificativo.

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo. _____

Espacio para firma digital (opcional)
Descargar el documento antes de firmar

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO:

1- Fotocopia del NIF del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores no emancipados del tutor o persona que ejerza la patria potestad. En el caso de personas con discapacidad que tengan adoptadas medidas de apoyo, fotocopia del NIF de la persona que ejerza las mismas.

2- Fotocopia de la tarjeta sanitaria del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores no emancipados del tutor o persona que ejerza la patria potestad. En el caso de personas con discapacidad que tengan adoptadas medidas de apoyo, tarjeta sanitaria de la persona que ejerza las mismas.

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 (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. No es necesaria su aportación, se obtiene de oficio, salvo que se indique su oposición a dicha obtención).

5- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores no emancipados del tutor o persona que ejerza la patria potestad. En el caso de personas con discapacidad que tengan adoptadas medidas de apoyo, alta a terceros de la persona que ejerza las mismas, si el paciente no es titular de cuenta bancaria.

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA DISCAPACIDAD:

Sentencia, resolución administrativa sobre invalidez, discapacidad, dependencia, o informe médico o social.

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LAS MEDIDAS DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

Medidas voluntarias: mediante poderes preventivos otorgados por escritura pública.

Guarda de hecho: sería suficiente con libro de familia, acta notarial de notoriedad, certificado de pareja de hecho, de convivencia o de empadronamiento.

Resto de medidas judiciales, defensor judicial o curador, se deberá aportar resolución judicial.