

## SOLICITUD AYUDAS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS USO PEDIÁTRICO

### DATOS DEL INTERESADO MENOR DE EDAD

1er apellido	2º apellido	
Nombre	D.N.I	Teléfono

### DATOS DEL REPRESENTANTE (Padre, madre o representante legal)

Apellidos .....

Nombre ..... D.N.I .....

### DATOS A EFECTOS DE COMUNICACIONES

Dirección ..... N° ..... Piso.....

Localidad ..... Provincia.....

Cód. Postal ..... Teléfono .....

### TIPO DE BENEFICIARIO PARA ACCEDER A LA AYUDA

- FAMILIA NUMEROSA       ENFERMEDAD CRÓNICA
- DISCAPACITADO / A

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Fotocopia compulsada del D.N.I. del solicitante (padre, madre o representante legal)
- Certificado de empadronamiento del beneficiario, que acredite su condición de residente en un municipio de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Fotocopia compulsada del Libro de Familia o, en su caso, del documento que acredite la representación legal del mismo.
- **Fotocopia compulsada del Título de Familia Numerosa, o en su caso, del documento acreditativo expedido por el órgano competente en el que conste un grado de minusvalía igual o superior al 33%.**
- Fotocopia compulsada de la Tarjeta Sanitaria Individual del beneficiario, emitida por el Servicio Extremeño de Salud o, en su caso, de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura y la del titular de la misma.
- Documento de Alta a Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria, a nombre del titular de la Tarjeta Sanitaria.
- Original de la factura acreditativa de los gastos, sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.
- Copia de la receta
- Copia de informe médico

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma del representante (padre, madre o representante legal)

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

### ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

**REGLAMENTO (UE) 2016/679:** Los datos de carácter personal se van a incorporar en ficheros automatizados que tienen por finalidad la gestión de expedientes de prestaciones y ayudas. Si lo desea, puede ejercer su derecho a presentar una reclamación ante una unidad de control, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento previstos en el reglamento. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse por escrito a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres.