

Solicitud de ayuda para compensar los gastos derivados de la asistencia sanitaria, farmacéutica, ortopédica, ortoprotésica, dental y ocular o de enfermedades crónicas

Datos del solicitante

Nombre: Primer apellido: Segundo apellido:
N.º documento de identidad: Categoría:
Gerencia de destino: Teléfono o extensión telefónica:
Dirección para recibir notificaciones:

Tipo de relación con la Administración

Estatutaria: fijo/fija interino/interina

Situación administrativa:

Datos del beneficiario

Nombre: Primer apellido: Segundo apellido:
N.º documento de identidad: Fecha de nacimiento [dd/mm/aaaa]:
Parentesco:

SOLICITO:

Que, de acuerdo con lo que prevé el Acuerdo de acción social para el personal del Servicio de Salud de 21 de diciembre de 2004, se me conceda la ayuda para compensar los gastos sanitarios por los conceptos siguientes:

Para mí Para un hijo o una hija / Para el cónyuge o asimilado, sin ingresos propios

1. Prótesis dentarias

Dentadura superior o inferior Dentadura completa Piezas/fundas/endodoncias/coronas
 Obturaciones/empastes Implantes osteointegrados Ortodoncia
 Limpieza de boca (profilaxis o tartrectomía) Periodóncia Férula de descarga

2. Oculares

Gafas para ver de cerca y de lejos Gafas bifocales y progresivas Sustitución de lentes
 Sustitución de cristales bifocales y progresivos Prismas Lentillas
 Lentillas desechables Lente terapéutica Montura
 Gafas con telelupa Sustitución de lente con tele lupa

3. Auditiva y fonación

Audífono hipoacusia bilateral (a partir de 20 años) Audífono hipoacusia unilateral
 Implantes cocleares y accesorios (excepto las pilas) Laringófono

4. Enfermedad crónica

Proceso neurodegenerativo

5. Intervención quirúrgica

Cirugía refractaria para la corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo. Cirugía periodontal

6. Otros

Tratamiento del TDAH Enfermedades inscritas en el Registro Nacional de Enfermedades Raras)
 Colchón o colchoneta anti escaras (con o sin compresor)
 Vacuna meningococo B (hasta un máx. de 6 años) Vacuna papiloma humano (únicamente niños a partir de 12 años)

DECLARO bajo juramento o promesa que los datos anteriores son ciertos y que conozco las responsabilidades que me asigna la normativa reguladora del sistema de ayudas de acción social en caso de que haya deformado los hechos o haya cometido falsedad en esta solicitud o en la documentación aportada.

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

DESTINO:

Anexo 2

Documentos adjuntos

- 1) Informe médico que justifique la necesidad y especifique el tratamiento aplicado, excepto para los conceptos "1. Prótesis dentarias" y "2. Oculares".
- 2) Factura justificativa del gasto, emitido en una fecha desde el 1 de octubre de 2020 hasta el 30 de septiembre de 2021.
- 3) En los casos de gastos efectuados para el cónyuge o para hijos menores, es necesario aportar la documentación siguiente:
 - a) Libro de familia o documento acreditativo de acogida o tutela.
 - b) Declaración del IRPF de la persona solicitante —o, en su caso, certificado de Hacienda del último ejercicio— en que figuren los hijos descendientes o jóvenes menores de 25 años y los discapacitados que conviven con el contribuyente y/o el cónyuge o asimilado que no disfrute de los ingresos mínimos de acuerdo con la normativa fiscal española.
- 4) En caso de que el otro miembro de la pareja preste servicio en la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, es necesario adjuntar un justificante que acredite que no percibe ninguna ayuda para la misma persona beneficiaria, o bien una declaración jurada en que haga constar que no percibe ninguna ayuda.

De conformitat amb l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, us informam que les dades consignades en aquest formulari s'incorporaran a un fitxer per tractar-les de manera automatitzada, i que podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició prevists per la Llei adreçant-vos per escrit al Servei de Salut de les Illes Balears (c/ de la Reina Esclarmundà, 9. 07003 Palma).