

# SOL·LICITUD D'AJUT PER COMPENSAR DESPESES SANITÀRIES

<b>DESTINACIÓ</b>	
<b>CODI DIR3</b>	

## SOL·LICITANT

Núm. doc. identitat		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Tipus de relació amb l'Administració	Fix/fixa Interí/interina en plaça vacant Amb reserva de plaça		
Situació administrativa			
<i>Representant</i>			
Núm. doc. identitat		Nom	
Llinatge 1		Llinatge 2	
Mitjà d'acreditació de la representació	REA	Un altre mitjà:	

## BENEFICIARI (en cas que sigui diferent del sol·licitant)

Núm. doc. id.		Nom		Llinatge 1	
Llinatge 2		Parentiu*		Data naixement**	

\* Fill/filla o cònjuge / parella de fet. \*\* Només en el cas que es tracti d'un fill o una filla.

## COMUNICACIONS

<b>Destinatari i canal per rebre les comunicacions</b>		
Destinatari	Sol·licitant	Representant
Canal de comunicació	Comunicació i notificació electrònica	Comunicació per correu postal
<input type="checkbox"/> Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018)		

<b>Adreça postal</b> (consignau aquestes dades només si triau l'opció de rebre les comunicacions per correu postal)								
Tipus de via (carrer, plaça...)			Nom de la via					
Núm.	Bloc	Escala	Planta	Porta	Punt quilomètric	Polígon	Parcel·la	Codi postal
Localitat					Municipi			
<b>Adreça electrònica</b> (només si heu triat la comunicació i notificació electrònica)								

## EXPOS:

Que, de conformitat de l'Acord de la Mesa Sectorial de Sanitat de 21 de desembre de 2004 sobre l'acció social per al personal del Servei de Salut de les Illes Balears inclòs en l'àmbit d'aplicació de la Llei 55/2003 (BOIB núm. 83, de 31/05/2005), tenc dret a rebre un ajut per compensar les despeses sanitàries previstes en el punt 15 de l'Acord.

<b>SOL·LICIT:</b>			
Que se'm concedeixi un ajut per compensar les despeses sanitàries pels conceptes següents:			
<i>Odontologia</i>			
Dentadura superior o inferior		Dentadura completa	
Neteja de boca (profilaxi o tartrectomia)		Obturacions/empastaments	
Peces/fundes/endodòncies/corones		Implants osteointegrats	
Fèrula de descàrrega	Ortodòncia	Tractament periodontal	*Cirurgia periodontal
<i>Oftalmologia</i>			
Ulleres per veure-hi de prop o de lluny		Ulleres bifocals i progressives	
Substitució de lents		Substitució de vidres bifocals i progressius	
Lentilles	Lentilles d'un sol ús	Muntura	
*Cirurgia refractària per correcció de miopia, hipermetropia i astigmatisme			
<i>Otorrinolaringologia</i>			
Audiòfon per a hipoacúsia bilateral (a partir de 20 anys)		Audiòfon per a hipoacúsia unilateral	
Accessoris per a implants coclears (excepte piles i bateries)		Laringòfon	
<i>Malaltia crònica</i>	Procés neurodegeneratiu		
<i>Altres tipus de despeses sanitàries</i>			
*Malalties inscrites en el Registre Nacional de Malalties Rares			
Vaccí contra el meningococ B (fins a un màxim de 14 anys)			
Vaccí contra el meningococ A, C, W i Y (entre 2 i 4 mesos d'edat)			
Vaccí contra el virus del papil·loma humà (únicament a partir de 12 anys)			
*Tractament del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)		*Tractament del trastorn de l'espectre autista (TEA)	
Un altre concepte [especificau-lo]:			

#### DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- 1) Per sol·licitar l'ajut per als tractaments senyalats amb un asterisc és necessari un informe mèdic que justifiqui la necessitat i especifiqui el tractament aplicat.
- 2) Factura justificativa de la despesa, emesa entre el dia 1r d'octubre de 2022 al 30 de setembre de 2023.
- 3) En els casos de despeses efectuades per a un altre beneficiari, cal aportar la documentació següent:
  - Llibre de família o document acreditatiu d'acolliment o tutela, o un document similar.
  - Declaració de l'IRPF del sol·licitant o, si no està obligat a declarar, un certificat d'Hisenda en el qual figurin els fills o els descendents joves de menys de 25 anys o amb discapacitat que hi conviu, i/o el cònjuge o assimilat que no tenguin ingressos mínims d'acord amb la normativa fiscal espanyola.
- 4) Cartilla de vacunació o certificat en els casos d'adults.

M'opòs que es consultin les dades necessàries per tramitar aquesta sol·licitud; per això aport els documents oportuns.

## DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR, sota la meva responsabilitat:

- 1) Que cap altre membre de la unitat familiar que presti servei a l'Administració de la Comunitat Autònoma percep cap ajut pel mateix familiar ni pel mateix concepte.
- 2) Que les dades consignades i els documents aportats són autèntics; per tant, certifico la veracitat de la informació.

*Lloc i data*

[rúbrica o signatura electrònica]

## INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades), i amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades, informam del tractament de les dades personals consignades en aquesta sol·licitud.

FINALITAT DEL TRACTAMENT I BASE JURÍDICA. Les dades personals que conté aquesta sol·licitud seran tractades pel Servei de Salut de les Illes Balears.

EXERCICI DE DRETS I RECLAMACIONS. Teniu dret a oposar-vos al tractament d'aquestes dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit dirigida al Servei d'Atenció a l'Usuari del Servei de Salut de les Illes Balears (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma) acompanyada d'una còpia del document oficial d'identificació (DNI/NIE, permís de conduir o passaport). A més, podeu adreçar-vos a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades i a altres organismes públics competents per a qualsevol reclamació derivada del tractament d'aquestes dades personals.

DELEGACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES. La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció de Gestió i Pressuposts (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es).