



Nº Procedimiento

120051

Código SIACI

SISY

## SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA URGENTE, INMEDIATA Y DE CARÁCTER VITAL

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente.\*)

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

En calidad de: Solicitante  Representante  Tutor

Domicilio:

Provincia:  C.P.:  Población:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico\*\*:

\*Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.  
\*\*El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)

--	--	--	--

Letras

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Números

### DATOS DEL PACIENTE

*Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

### DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE

#### TITULAR DE LA CUENTA:

IBAN	Código entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta

### MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)*
- Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)*



## ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

### Declaración responsable:

Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas..

### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha va a proceder a verificar los siguientes datos, salvo que usted no lo autorice expresamente a continuación:

**NO:** Los acreditativos de identidad.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores se compromete a aportar la documentación pertinente.

### Documentación que se adjunta

- Facturas acreditativas de los gastos realizados.
- Informes médicos que indiquen la necesidad de la asistencia y aquéllos que puedan justificar la solicitud.
- Declaración del interesado exponiendo los hechos y razones que dieron origen a la asistencia recibida.

*El plazo máximo para presentar la solicitud es de cinco años contados desde el día siguiente a aquél en que tenga lugar el hecho causante.*

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	Dirección General de Asistencia Sanitaria.
<b>Finalidad</b>	Gestión de prestaciones sanitarias.
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos (Ley16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
<b>Destinatarios</b>	No existe cesión de datos.
<b>Derechos</b>	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a>

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE