

**SOLICITUD DE PRESTACIONES SANITARIAS DIRIGIDA A LA CONSELLERIA DE SANIDAD***(Ley 6/2008 de Aseguramiento Sanitario Público de la CV)*Mod.SR -LAS 1/10, hoja 1ª
Instrucción, nº 01 -10

FECHA DE LA 1ª VISITA _____

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES**Nº Expediente**

FECHA Y CUÑO

DEL CENTRO DE SALUD O AYUNTAMIENTO DONDE
TRAMITE EL TRABAJADOR SOCIAL

Suma de ingresos de todos los
miembros de la Unidad Familiar
Media últimos 12 meses

Nº Expediente

REGISTRO ENTRADA
Cuño y fecha de la Institución

Dirección Territorial o
Unidad de Aseguramiento Departamenta

DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR	Domicilio	Localidad	Código postal	Teléfono Fijo	Móvil	E-mail de notificación	Pasaporte

	Indicar el PARENTESCO respecto a (1)	Nº SIP	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	DNI / NIE	Ingresos individuales (En Euros)	Residencia legal (sí / no)	Nacionalidad	Fecha de nacimiento	(1) Inicio (R) Renovación (N) No solicita	MODALIDAD				Expediente	
												SR. EMP	T. SOLID	MEJOR	OTROS	TRÁMITE	ESTUDIO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	

(1) En PARENTESCO, indicar si el familiar es cónyuge, pareja de hecho, hermano/a, padre/madre, abuelo/a, hijo/a, nieto/a, suegro/a del PADRE/ MADRE / TUTOR

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- 1. Documento de Identidad. Por orden de preferencia: fotocopia DNI, tarjeta de identidad de extranjero, pasaporte, etc (imprescindible)
- 2. Certificado de empadronamiento, preferiblemente familiar o colectivo, en un municipio de la CV (imprescindible cuando sea el caso).
- 3. Libro de familia, certificado de nacimiento, u otro documento oficial que acredite el grado de parentesco (imprescindible)
- 4. Certificado, preferiblemente bilingüe, emitido por la Insititución de la Seguridad Social de su país de procedencia acreditativo de que no procede la exportación del derecho a las prestaciones sanitarias, en caso de nacional de la UE/EEE/Suiza
- 5. Documento que acredite la residencia legal (Tarjeta de Identidad de extranjero, certificado de Registro de la Unión...), Si dispone de él debe presentarlo.
- 6. Copia del documentos SIP: tarjeta SIP o documento de inclusión en SIP.

Los datos de carácter personal, contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamieto por este órgano administrativo, ocmo titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE Nº 298, de 14/12/99).

Esta solicitud, para que tenga validez, debe estar debidamente cumplimentada y firmada en la 2ª hoja por todos los miembros de la familia mayores de 18 años. Lea la declaración jurada , los compromisos que adquiere y consentimiento que da.



SOLICITUD DE PRESTACIONES SANITARIAS DIRIGIDA A LA CONSELLERIA DE SANIDAD

(Ley 6/2008 de Aseguramiento Sanitario Público de la CV)



Mod.SR-LAS 1/10, hoja 2ª
Instrucción, nº 01-10

Las personas que solicitan estas prestaciones deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Residir en España más de tres meses si son mayores de 18 años.
- No poder acceder a tener cobertura sanitaria pública por otro título, ni poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde su país de procedencia al amparo de la normativa sanitaria internacional y, por lo tanto, no tener derecho a que su país le emita la Tarjeta Sanitaria Europea ni cualquier otro formulario que le permita el acceso a la asistencia sanitaria en España.
- Carecer de recursos económicos suficientes.
- Estar empadronado en la Comunitat Valenciana, salvo circunstancias excepcionales debidamente justificadas.

La no concurrencia de alguno de los requisitos deberá ser formalmente comunicada a la Administración sanitaria valenciana. Asimismo, la Administración sanitaria valenciana podrá comprobar, de oficio, si las personas siguen reuniendo los requisitos exigidos y, en caso de verificarse que puedan acceder a tener cobertura por título distinto, se le podrán acreditar de oficio las prestaciones sanitarias por dicho título.

Procedimientos a seguir por los ciudadanos:

- La solicitud es conjunta para la Unidad Familiar (UF): cónyuge, padres, abuelos, suegros, hijos, nietos, hermanos y pareja de hecho, cuando está registrada o pueden acreditar 1 año de convivencia.
- Cuando caduque la tarjeta, toda la UF debe renovarla si cumple con los requisitos. Los trámites se deben realizar por los propios interesados, sus tutores legales o terceras personas debidamente autorizadas.
- **Acudir a los puntos SIP** de los Centros Sanitarios con los documentos que acreditan su identidad y su parentesco y actualizar los datos de toda su familia en el Sistema de Información Poblacional (SIP). Cada vez que cambie de domicilio, donde viven habitualmente, y/o de teléfonos, lo debe comunicar en los puntos SIP.
- Presentar la solicitud de la Unidad Familiar al **trabajador social** con los documentos que se indican. Aportar fotocopias y presentar los originales para comprobar su autenticidad.
- Si no acuden al trabajador social y están sin cobertura se les podría facturar la asistencia.
- Si en el plazo de tres meses no han recibido la tarjeta sanitaria o ninguna notificación al respecto, acudir a su centro de salud y allí les informarán. También pueden llamar al teléfono gratuito 900 66 2000.
- Llevar siempre consigo el documento SIP que corresponda junto con sus documentos de identificación. Leer siempre los textos que acompañan a los documentos SIP de cartón, donde les informan de derechos y obligaciones respecto a su situación de aseguramiento.
- Renovar la tarjeta SIP, preferiblemente, durante el mes anterior a su caducidad si cumplen con los requisitos. Si la tarjeta SIP caduca se les podría facturar.

SOLICITUD

Los que suscriben **DECLARAN** bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos consignados, que han sido informados de los derechos y obligaciones que conllevan los documentos SIP y de que si correspondiera cobertura sanitaria pública por título distinto le podría ser reconocido de oficio.

Los que suscriben **AUTORIZAN** a la Conselleria de Sanitat:

- A incorporar los datos en el Sistema de Información Poblacional (SIP) y actualizar los mismos con la información aportada por otras bases de datos administrativas.
- A obtener los datos necesarios a través de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, Instituto Nacional de Estadística y otras Administraciones Públicas al efecto de verificar los datos manifestados y el cumplimiento de los requisitos.

Los que suscriben **SE COMPROMETEN**:

- A comunicar los cambios de los datos declarados o recogidos en esta solicitud, presentar documentos que acrediten la residencia legal (en caso de no disponer actualmente de los mismos), comunicar el nº de la Seguridad Social y cualquier cambio de empadronamiento a un municipio fuera de la Comunitat Valenciana.
- AL PAGO DE LA ASISTENCIA SANITARIA con carácter retroactivo en caso de incumplimiento de los requisitos, falsedad de los documentos, el uso indebido de la tarjeta sanitaria o que los motivos por los que se desplaza desde otro país a residir en nuestra Comunidad sean recibir prestaciones sanitarias, sin haber seguido los procedimientos establecidos al efecto.

Por la presente **SE SOLICITAN** prestaciones del Sistema sanitario público valenciano en los términos y condiciones establecidos en la normativa. Los solicitantes **JURAN O PROMETEN QUE**:

- No tienen derecho ya reconocido a prestaciones sanitarias públicas ni pueden acceder a las mismas por título distinto.
- Residen en España más de tres meses en caso de tener más de 18 años.
- El promedio mensual de ingresos y rentas de cualquier naturaleza, incluidos los procedentes del derecho a alimentos son los indicados en el apartado de INGRESOS FAMILIARES.
- Han sido informados de que si los motivos específicos por los que se trasladan desde otros países son para recibir prestaciones sanitarias o por motivo de estudios se les podrá denegar su solicitud.

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD

_____, ____ de _____ del _____

FIRMA DE LOS DECLARANTES (mayores de 18 años)

Padre/Madre/Tutor	2º Familiar	3º Familiar	4º Familiar	5º Familiar	6º Familiar