

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE		NIF / NIE	SIP
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (si és el cas) / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en su caso)

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	NIF/NIE
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO, PIS I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO, PISO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	

C DADES DE NOTIFICACIÓ / DATOS DE NOTIFICACIÓN

Indique en quina llengua desitja rebre notificacions:
Indique en qué lengua desea recibir notificaciones:

Valencià / Valenciano Castellà / Castellano

Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics Sí
Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos

EMPLENAR EN CAS QUE SIGA DIFERENT ALS APARTATS A ó B / RELLENAR EN CASO QUE SEA DIFERENT A LOS APARTADOS A ó B

ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		PROVÍNCIA / PROVINCIA	LOCALITAT / LOCALIDAD
CP	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC (*) / CORREO ELECTRÓNICO (*)	

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificado electrónico en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

D DADES BANCÀRIES / DATOS BANCARIOS

- En cas de nou perceptor o canvi de número de compte bancari, marqueu aquesta casella i **realitzeu el tràmit automatitzat de domiciliació bancària o aporte el model de domiciliació bancària** (veure enllaços en la informació del tràmit).
En el caso de nuevo perceptor o cambio de número de cuenta bancaria, marque esta casilla y realice el trámite automatizado de domiciliación bancaria o aporte el modelo de domiciliación bancaria (ver enlaces en la información del trámite).
- Per a la resta de casos, marqueu aquesta casella i identifiqueu les dades per fer el pagament:
Para el resto de casos, marque esta casilla e identifique los datos para realizar el pago:

Nombre de compte bancari (IBAN)
Número de cuenta bancaria (IBAN)

PAÍS I/Y DC IBAN	ENTITAT ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE COMPTE / CUENTA
E S				

**E CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (OPOSICIÓ)
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (OPOSICIÓN)**

D'acord amb el que disposa l'article 28 de Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa per part de la persona interessada, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per a obtenir directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració i que per aquest procediment, són les assenyalades a continuació: dades d'identitat de la persona sol·licitant o, si és el cas, del representant legal, així com les dades d'estar al corrent en els pagaments amb la Tresoreria de la Seguretat Social.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte de la persona interesada, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de los documentos elaborados por cualquier administración y que para este procedimiento, son los señalados a continuación: datos de identidad de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal, así como los datos de estar al corriente de los pagos con la Tesorería de la Seguridad Social.

En cas d'oposar-se al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haurà de manifestar-ho a continuació, i tindrà l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo a continuación, quedando obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

- M'oposo a l'obtenció de les **dades d'identitat** de la persona sol·licitant o, si és el cas, del representant legal.
Me opongo a la obtención de los datos de identidad de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal.
- M'oposo a l'obtenció de les **dades d'estar al corrent en els pagaments amb la Tresoreria de la Seguretat Social**
Me opongo a la obtención de los datos de estar al corriente de los pagos con la Tesorería de la Seguridad Social

MOTIUS D'OPOSICIÓ / MOTIVOS DE OPOSICIÓN

F DADES DEL TRASLLAT / DATOS DEL TRASLADO

Des de: / Desde:

Fins a: / Hasta:

Mitjà de transport: / medio de transporte:

- Taxi Ambulància
Ambulancia Mitjà ordinari
Medio ordinario Vehicle propi
Vehículo propio

El transport correspon a: / el transporte corresponde a:

- Diàlisi
Diálisis Rehabilitació
Rehabilitación Radioteràpia
Radioterapia Quimioteràpia
Quimioterapia Consultes externes
Consultas externas Altres:
Otros:

G DADES CLÍNQUES (per a omplir pel centre sanitari) / DATOS CLÍNICOS (a rellenar por el centro sanitario)

Diagnòstic, informe, indicant l'estat general del pacient i motius per què necessita mitjans extraordinaris de transport

Diagnóstico, informe, indicando el estado general del paciente y motivos por los que necesita medios extraordinarios de transporte

Necessita traslladar-se en / Necesita trasladarse en:

- Taxi Ambulància
Ambulancia Amb acompanyant
Con acompañante

Ha assistit els dies (dia a dia):

Ha asistido los días (día a día):

Total:

H DOCUMENTACIÓ A APORTAR / DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Justificant d'haver acudit al centre a tractament i mig de transport indicat per aquest
Justificante de haber acudido al centro a tratamiento y medio de transporte indicado por el mismo
- Documentació que justifique les despeses si escau
Documentación que justifique los gastos si procede

I DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona que signa declara, sota la seua responsabilitat, que: / La persona que firma, declara, bajo su responsabilidad, que:

- Compleix amb els requisits exigits en la normativa vigent per a obtenir el reconeixement d'un dret o facultat o per al seu exercici, disposa de la documentació que així ho acredita que la posarà a la disposició de l'Administració quan li siga requerida, i es compromet a mantindre el compliment de les anteriors obligacions durant el període de temps inherent a aquest reconeixement o exercici, de conformitat amb l'article 69.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques.

Cumple con los requisitos exigidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio, dispone de la documentación que así lo acredita que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida, y se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el periodo de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio, de conformidad con el artículo 69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

J SOL·LICITUD / SOLICITUD

Per tot l'exposat, formula la present reclamació per un import de _____ EUR, per les despeses ocasionades per les circumstàncies assenyalades anteriorment.
Por cuanto antecede, formula la presente reclamación por un importe de _____ EUR, por los gastos ocasionados por las circunstancias señaladas anteriormente.

Abans de firmar la sol·licitud, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següents, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.
Antes de firmar la solicitud, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

Lloc i data / Lugar y fecha: _____, ____ de _____ de _____

SIGNATURA ELECTRÒNICA / FIRMA ELECTRÓNICA

**(SIGNAR A MÀ NOMÉS EN CAS DE REGISTRE PRESENCIAL
FIRMAR A MANO SOLO EN CASO DE REGISTRO PRESENCIAL)**

Signatura / Firma: _____

La persona sol·licitant o representant
La persona solicitante o representante

K INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament: Sol·licitud de reintegrament de despeses de trasllat i dietes
Nombre de la actividad de tratamiento: *Solicitud de reintegro de gastos de traslado y dietas*

Finalitat del tractament: Gestió de les sol·licituds de reintegrament de despeses de trasllat i dietes
Finalidad del tratamiento: *Gestión de las solicitudes reintegro de gestos de traslado y dietas*

Identitat del responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
Identidad del responsable del tratamiento: *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*

Legitimació: RGPD 6.1 e) el tractament és necessari per al compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament. RGPD 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient, i altra legislació vigent en matèria sanitària Llei 6/1998, de 22 de juny, de la Generalitat Valenciana, d'Ordenació Farmacèutica de la Comunitat Valenciana

Legitimación: *RGPD 6.1 e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. RGPD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria Ley 6/1998, de 22 de junio, de la Generalitat Valenciana, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana*

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Derechos de las personas interesadas: *Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970*

Més informació: Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.

Más información: Podrà consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es.

L INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES

a) La sol·licitud ha de ser firmada per l'assegurat

b) A esta sol·licitud s'acompanyarà:

- Factura del mitjà de transport utilitzat
- Si és la seua primera sol·licitud, model de domiciliació bancària a nom del titular del compte bancari
- Si hi ha un canvi de dades bancàries, haurà d'aportar nou model de Domiciliació Bancària
- En els casos d'urgència i ingrés hospitalari, justificant mèdic de la urgència, en què s'ordena el trasllat amb indicació del mitjà de transport utilitzat
- L'apartat de Dades Clíniques l'omplirà el centre sanitari on vosté acudisca

a) La solicitud ha de ser firmada por el asegurado

b) A esta solicitud se acompañará:

- Factura del medio de transporte utilizado
- Si es su primera solicitud, modelo de Domiciliación Bancaria a nombre del titular de la cuenta bancaria
- Si hay un cambio de datos bancarios, deberá aportar nuevo modelo de Domiciliación Bancaria
- En los casos de urgencia e ingreso hospitalario, justificante médico de la urgencia, ordenando el traslado con indicación del medio de transporte utilizado
- El apartado de Datos Clínicos lo cumplimentará el centro sanitario donde Ud. acuda