

SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

A DADES DE L'EXPEDIENT (ho ha d'omplir la Secció d'Afiliació i Validació)
DATOS DEL EXPEDIENTE (a cumplimentar por la Sección de Afiliación y Validación)

NÚM. EXP.	DATA REGISTRE ENTRADA EN SAV / FECHA REGISTRO ENTRADA EN SAV
-----------	--

B DADES DEL TREBALLADOR SOCIAL (ho ha d'omplir el treballador social)
DATOS DEL TRABAJADOR SOCIAL (a cumplimentar por el trabajador social)

DNI/NIE	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE
CENTRE SANITARI / AJUNTAMENT / ONG - CENTRO SANITARIO / AYUNTAMIENTO / ONG		NÚMERO COL·LEGIAT / NÚMERO COLEGIADO	
TELÈFON FIX TELÉFONO FIJO	TEL. MÒBIL TEL. MÓVIL	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA CORREO ELECTRÓNICO
			FIRMA

C DADES DEL SOL·LICITANT
DATOS DEL SOLICITANTE

NÚM. SIP DEL SOL·LICITANT NÚM. SIP DEL SOLICITANTE	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO	SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO	NOM / NOMBRE
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1) NÚM.	NACIONALITAT / NACIONALIDAD		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		LOCALITAT / LOCALIDAD	CP
TELÈFON FIX / TELÉFONO FIJO	TEL. MÒBIL / TEL.. MÓVIL	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO	
CENTRE DE SALUT / CENTRO DE SALUD		DEPARTAMENT / DEPARTAMENTO	
EMPADRONAMENT (2) / EMPADRONAMIENTO (2) <input type="checkbox"/> 1. Emp. >= 3 mesos / meses <input type="checkbox"/> 2. Emp. < 3 mesos / meses <input type="checkbox"/> 3. No emp.	NIVELL D'INGRESSOS (MITJANA MES) (3) NIVEL DE INGRESOS (MEDIA MES) (3)	REGISTRAT O AUTORITZAT A RESIDIR A ESPANYA REGISTRADO O AUTORIZADO A RESIDIR EN ESPAÑA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HO HA D'OMPLIR EL TREBALLADOR SOCIAL A CUMPLIMENTAR POR EL TRABAJADOR SOCIAL <input type="checkbox"/> 1. TRÀMIT TRÁMITE <input type="checkbox"/> 2. TRÀMIT ALTRES TRÁMITE OTROS <input type="checkbox"/> 3. ESTUDI ESTUDIO		RESOLUCIÓ SAV / RESOLUCIÓN SAV <input type="checkbox"/> Estimad Estimado <input type="checkbox"/> Estimad -ALTRES Estimado -OTROS <input type="checkbox"/> Desestimad Desestimado	

Mitjançant la signatura del present imprés, SOL·LICITE prestacions sanitàries a la Comunitat Valenciana, DECLARE, sota la meua responsabilitat, l'expressat en l'apartat I i AUTORITZE l'expressat en l'apartat F, així com la incorporació de les dades en el *SIP i la seua actualització amb la informació aportada per altres bases de dades administratives.

Mediante la firma del presente impreso, SOLICITO prestaciones sanitarias en la Comunitat Valenciana, DECLARO, bajo mi responsabilidad, lo expresado en el apartado E y AUTORIZO lo expresado en el apartado F, así como la incorporación de los datos en el SIP y su actualización con la información aportada por otras bases de datos administrativas.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Us informem que podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE



D DOCUMENTACIÓ APORTADA / DOCUMENTACIÓN APORTADA

- Document d'identitat. Per ordre de preferència: fotocòpia del DNI, targeta d'identitat d'estranger, passaport, etc. (No caldrà en cas de DNI / NIE quan se subscriba l'autorització de l'apartat F)
Documento de identidad. Por orden de preferencia: fotocopia del DNI, tarjeta de identidad de extranjero, pasaporte, etc. (No será necesario en caso de DNI /NIE cuando se suscriba la autorización del apartado F)).
- Certificat d'empadronament actualitzat, preferiblement familiar o col·lectiu, en un municipi de la CV.
Certificado de empadronamiento actualizado, preferiblemente familiar o colectivo, en un municipio de la CV.
- Certificat de no-exportació del dret del seu país d'origen o procedència
Certificado de no exportación del derecho de su país de origen o procedencia
- Assegurança mèdica privada (en cas de tindre'n)
Seguro médico privado (en caso de disponer del mismo)
- Informe mèdic que justifique la seua patologia per a la tramitació d'urgència en cas que corresponga
Informe médico que justifique su patología para la tramitación de urgencia en caso de que corresponda
- Informe social en els casos que corresponga
Informe social en los casos que corresponda

E DECLARACIÓ DEL SOL·LICITANT / DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

La persona que subscriu DECLARA que: / *Los que suscriben DECLARAN que:*

- Les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i es compromet a actualitzar-les en el Sistema d'Informació Poblacional (SIP) quan es modifiquen.
Los datos consignados en esta solicitud son ciertos y se comprometen a actualizarlos en el Sistema de Información Poblacional (SIP), cuando se modifiquen.
- Que no té reconeguda per l'INSS la condició d'assegurada o beneficiària del dret a les prestacions sanitàries amb càrrec als fons públics a través del Sistema Nacional de Salut, ni té possibilitat d'accés a cobertura sanitària pública per qualsevol altre títol. Que no pot accedir a cobertura sanitària a l'empara dels reglaments comunitaris i convenis internacionals existents en matèria d'assistència sanitària.
Que no tiene reconocida por el INSS la condición de asegurado/a o beneficiario/a del derecho a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud, ni tiene posibilidad de acceso a cobertura sanitaria pública por cualquier otro título. Que no puede acceder a cobertura sanitaria al amparo de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales existentes en materia de asistencia sanitaria.
- No existeixen tercers obligats a pagament.
No existe terceros obligados a pago.
- Té residència efectiva a la Comunitat Valenciana.
Tiene residencia efectiva en la Comunidad Valenciana.
- Ha sigut informat que si es desestima la seua sol·licitud o es detecta una utilització inadequada de l'accés a les prestacions sanitàries, se li podrien reclamar les despeses ocasionades per les seues prestacions sanitàries si no aporta altres documents que acrediten el dret a aquesta i/o no existisca un tercer obligat al pagament.
Ha sido informado de que si su solicitud se desestimara o se detectara una utilización inadecuada del acceso a las prestaciones sanitarias, se le podría reclamar los gastos ocasionados por sus prestaciones sanitarias si no aporta otros documentos que acrediten su derecho a la misma y/o no exista un tercero obligado al pago.
- Ha sigut informat que si les seues circumstàncies canvien i deixa de complir els requisits requerits, o si la vigència del reconeixement a la cobertura sanitària expira, se li podrien reclamar les despeses ocasionades per les seues prestacions sanitàries si no aporta altres documents que acrediten que té dret a aquesta i/o no existisca un tercer obligat al pagament.
Ha sido informado de que si sus circunstancias cambiaran y dejara de cumplir los requisitos requeridos, o si la vigencia del reconocimiento a la cobertura sanitaria expirara, se le podría reclamar los gastos ocasionados por sus prestaciones sanitarias si no aporta otros documentos que acrediten su derecho a la misma y/o no exista un tercero obligado al pago.
- Que, per les seues circumstàncies, no pot subscriure el conveni especial a què es refereix el Decret 190/2013, de 20 de desembre, del Consell.
Que, por sus circunstancias, le es imposible suscribir el convenio especial a que se refiere el Decreto 190/2013, de 20 de diciembre, de Consell.

F AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

Autoritze l'obtenció telemàtica de les meues dades d'identitat i residència per l'òrgan competent de l'administració sanitària. Aquesta autorització s'atorga per averificar les dades d'identitat i residència i, si pertoca, actualitzar dades en el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), de manera que es puguen fer les actuacions necessàries per a la gestió correcta de les dades del SIP i les prestacions sanitàries que corresponguen, i també per a emetre, si pertoca, el document SIP actualitzat.

Si no subscriu aquesta autorització o si hi ha algun error de connexió o no consten les dades en les bases de dades corresponents, la persona interessada està obligada a aportar una còpia del document que corresponga, i l'ha de presentar acompanyada de l'original.

Doy mi autorización para la obtención telemática de mis datos de identidad y residencia por el órgano competente de la administración sanitaria. La presente autorización se otorga a efectos de verificar los datos de identidad y residencia y, en su caso, actualizar datos en el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), de manera que se puedan realizar las actuaciones necesarias para la correcta gestión de los datos del SIP, las prestaciones sanitarias que correspondan, así como para emitir, en su caso, el documento SIP actualizado.

En caso de no suscribir esta autorización, de error de conexión o de falta de datos en las bases de datos correspondientes, el interesado estará obligado a aportar una copia de los documentos que correspondan, presentándola acompañada del original.

SOL·LICITUD D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA

G DADES DELS FAMILIARS (4)
DATOS DE LOS FAMILIARES (4)

FAMILIAR 1

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 2

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 3

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 4

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 5

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 6

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 7

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO

FAMILIAR 8

NÚM. SIP	PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE	
DNI NÚM.	NIE	PASSAPORT (1) / PASAPORTE (1)	NACIONALITAT NACIONALIDAD	PARENTESC PARENTESCO	INGRESSOS (MITJANA MES) (3) INGRESOS (MEDIA MES) (3)	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO



OMPLIMENT DE LA SOL·LICITUD

- (1) **DNI/NIE/PASSAPORT.** Marqueu quin tipus de document aporteu i registreu-ne el número.
- (2) **EMPADRONAMENT.** En aquest apartat cal indicar:
 1. **Emp. >= 3 mesos:** quan estiga empadronat a la Comunitat Valenciana un temps igual o superior a 3 mesos
 2. **Emp. < 3 mesos:** quan estiga empadronat a la Comunitat Valenciana un temps inferior a 3 mesos
 3. **No emp.:** quan no estiga empadronat en cap municipi de la Comunitat Valenciana
- (3) **INGRESSOS.** En aquest apartat cal indicar la mitjana d'ingressos individuals per mes.
- (4) **DADES DELS FAMILIARS.** En aquest apartat cal indicar el cònjuge/parella, i els germans, ascendents i descendents que convisquen amb el sol·licitant al mateix domicili.

REQUISITS D'INCLUSIÓ

Podran acollir-se les persones que, encara que no tinguen la condició d'assegurades ni de beneficiàries del sistema nacional de salut (SNS), d'acord amb el que disposen els articles 2 i 3 del Reial Decret 1192/2012, de 3 d'agost, reunisquen els requisits següents:

1. *Ser extranjero/a no registrat/ada ni autorizat/ada residir a Espanya.*
2. *Estar empadronat/ada amb residència efectiva en algun municipi de la CV.*
3. *No tindre reconeguda per l'INSS la condició d'assegurad/ada o beneficiari/ària del dret a les prestacions sanitàries amb càrrec als fons públics a través del SNS, ni tindre possibilitat d'accés a cobertura sanitària pública per qualsevol altre títol.*
4. *No haver-hi tercers obligats al pagament de forma general o en el procés assistit.*
5. *Allò establert per estes instruccions no és d'aplicació als ciutadans/es que puguen accedir a cobertura sanitària en el SNS a l'empara dels Reglaments Comunitaris i Convenis Internacionals existents en matèria d'assistència sanitària.*

En el supòsit que els sol·licitants complisquen els requisits per a accedir al Conveni Especial de prestació d'assistència sanitària en l'àmbit de la CV a persones que no tinguen la condició d'assegurades ni de beneficiàries del SNS, conforme al Decret 190/2013 del Consell, es requerirà informe social justificatiu de la necessitat.

CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- (1) **DNI/NIE/PASAPORTE.** Marcar que tipo de documento que aporta y registrar el número del mismo.
- (2) **EMPADRONAMIENTO.** En este apartado se indicará:
 1. **Emp. >= 3 meses:** cuando esté empadronado en la Comunitat Valenciana un tiempo igual o superior a 3 meses
 2. **Emp. < 3 meses:** cuando esté empadronado en la Comunitat Valenciana un tiempo inferior a 3 meses
 3. **No emp.:** cuando no esté empadronado en ningún municipio de la Comunitat Valenciana
- (3) **INGRESOS.** En este apartado se indicará la media de ingresos individuales por mes.
- (4) **DATOS DE LOS FAMILIARES.** En este apartado se indicarán el cónyuge/pareja, y los hermanos, ascendientes y descendientes que convivan con el solicitante en el mismo domicilio.

REQUISITOS DE INCLUSIÓN

Podrán acogerse las personas que no teniendo la condición de aseguradas ni de beneficiarias del sistema nacional de salud (SNS), conforme a lo dispuesto en los artículos 2 y 3 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, reúnan los siguientes requisitos:

6. *Ser extranjero/a no registrado/a ni autorizado/a a residir en España.*
7. *Estar empadronado/a con residencia efectiva en algún municipio de la CV.*
8. *No tener reconocida por el INSS la condición de asegurado/a o beneficiario/a del derecho a las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos a través del SNS, ni tener posibilidad de acceso a cobertura sanitaria pública por cualquier otro título.*
9. *No existir terceros obligados al pago de forma general o en el proceso asistido.*
10. *Lo establecido por estas instrucciones no es de aplicación a los ciudadanos/as que puedan acceder a cobertura sanitaria en el SNS al amparo de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales existentes en materia de asistencia sanitaria.*

En el supuesto que los solicitantes cumplan los requisitos para acceder al Convenio Especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la CV a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS, conforme al Decreto 190/2013 del Consell, se requerirá informe social justificativo de la necesidad.