

ANEXO IV

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO DE APORTACIÓN EN PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y DIETOTERAPÉUTICA

A partir del **1 de julio de 2012** se modifica la aportación en la prestación farmacéutica y dietoterapéutica de los asegurados por el Sistema Nacional de Salud en aplicación de RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

La aportación del asegurado en prestación farmacéutica y dietoterapéutica tiene su base tanto en la acreditación al derecho de la prestación como en el nivel de renta del asegurado. En el caso de los asegurados pensionistas, la aportación total mensual no será conocida hasta que no se aplican los topes legales mensuales en función de la renta:

PENSIONISTAS (TOPES MÁXIMOS MENSUALES)	
Renta=> 100.000 euros	60 euros
Renta=>18.000 hasta < 100.000 euros	18 euros
Renta< 18.000 euros	8 euros

Es necesario establecer un procedimiento administrativo ágil que permita calcular y realizar los reembolsos a los asegurados por sobreaportación o errores en el cálculo de la aportación mensual en el marco de la legislación vigente, con especial observancia de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos y la Ley 3/2010, de 5 de mayo, de Administración Electrónica de la Comunidad Valenciana.

Los pacientes que precisen un producto farmacéutico financiado incluido en la prestación farmacéutica o dietoterapéutica realizarán la aportación correspondiente de cada receta médica oficial en función de su RAF (Régimen de Aportación Farmacéutica) que determina la aportación de cada asegurado en función de la renta.

Trimestralmente (o con la periodicidad acordada en la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) se procederá a calcular los saldos resultantes de la sobreaportación de un asegurado sobre los topes mensuales obtenidos en el punto anterior.

Con la finalidad de dotar al sistema de automatismo, periodicidad estable, transparencia y agilidad, eliminando toda la carga administrativa evitable y dado que la casuística de sobreaportación debe corresponder, en condiciones normales, con asegurados pensionistas y sus beneficiarios que la Administración dispone de los datos de cuenta bancaria para proceder al pago mensual de su pensión, se procederá al abono automático, de las cuantías que superen el tope de aportación legal mensual acumulada en el trimestre, mediante ingreso directo en la cuenta bancaria en donde se tiene domiciliada la pensión. Dado el coste de la transferencia se establece una cuantía mínima a devolver fijada en siete euros. En los supuestos donde no se supera los 7 euros del periodo a reembolsar se acumularían a la cantidad del siguiente periodo de reembolso.

En los supuestos no contemplados en el apartado anterior, o donde el usuario solicite un cambio de la cuenta bancaria o de reclamaciones sobre la aportación mensual se observará el siguiente procedimiento:

1. ¿Quién puede iniciarlo?

- Aquellas personas que tengan reconocido el derecho a la prestación farmacéutica y dietoterapéutica por el Sistema Nacional de Salud

2. Plazo de presentación: Hasta 5 años después del hecho causante. Se considera como fecha de inicio, la fecha de prescripción.

3. ¿Dónde dirigirse? ¿Dónde presentar la solicitud?

- En de los centros sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud o en la página web de la Generalitat o de la Conselleria de Sanitat se podrá acceder a los formularios.

- La documentación podrá ser presentada en cualquiera de las Direcciones Territoriales de Sanidad:

REGISTRO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD – ALICANTE

C/ GIRONA, 26

03001 Alacant/Alicante

Tel: 012

REGISTRO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD – CASTELLÓN

PL. HUERTO SOGUEROS, 12

12001 Castelló de la Plana/Castellón de la Plana

Tel: 012

REGISTRO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD – VALENCIA

GRAN VÍA FERNANDO EL CATÓLICO, 74

46008 Valencia

Tel: 012

- La documentación, también podrá ser presentada mediante cualquiera de las formas y lugares previstos en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (artículo 38.4), según su redacción modificada por la Ley 4/1999. Por tanto se incluyen ayuntamientos y oficinas de correos.

4. ¿Qué documentación se debe presentar?

- Impreso de Solicitud de Reembolso por sobreaportación en la aportación en prestación farmacéutica y dietoterapéutica del Sistema Nacional de Salud firmado por el usuario o su representante legal en la que conste el NIF del perceptor y con los datos completos de la cuenta bancaria del perceptor (mantenimiento de terceros).
- En tanto el asegurado no decida modificar la cuenta bancaria no será necesario cumplimentar ninguna solicitud
- Será necesaria la presentación documental en los supuestos donde el asegurado no este conforme con la liquidación trimestral o en los supuestos de dispensaciones de recetas médicas oficiales en otras comunidades autónomas (y por tanto no se han podido realizar los ajustes mensuales por la Agencia Valenciana de Salud). El asegurado debe presentar los justificantes de los tickets de pago del gasto efectuado en una oficina de farmacia.

- 5. Determinación cuantía mensual del reembolso:** El importe a reembolsar mensualmente será la diferencia entre la cantidad aportada por el asegurado y el tope legal establecido en su RAF considerando de forma separada la prestación farmacéutica y la prestación dietoterapéutica. Para la determinación de la cuantía se realizarán los siguientes procesos:
- Los sistemas de control de calidad del Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia analizarán mensualmente los registros de facturación mensual por receta oficial del Sistema Nacional de Salud para calcular el saldo mensual a reembolsar a cada ciudadano sobre el total de recetas dispensadas en el conjunto de oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana.
 - Los cálculos se realizan tanto para el grupo de productos incluidos en prestación farmacéutica como para el grupo de productos de prestación dietoterapéutica.
- 6. Procedimiento trimestral de cobro:** Ingreso en la cuenta bancaria designado por el usuario con carácter trimestral. Para determinar la cuantía de abono se realizarán las siguientes actividades:
- Trimestralmente se procederá a calcular los saldos resultantes de la sobreaportación de un asegurado sobre los topes mensuales realizado en el punto 5 anterior.
 - Las cantidades abonadas trimestralmente será el resultante de la sobreaportación en prestación farmacéutica y dietoterapéutica calculada sobre los meses que incluyen el trimestre.
 - El Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia generará un fichero informatizado con los registros necesarios para su transferencia al sistema de contabilidad de la Conselleria de Hacienda que permita el pago a los asegurados.
 - El Director General de Farmacia y Productos Sanitarios evacuará Resolución Administrativa con la motivación del acto y el contenido de los asegurados afectados así como la cantidad a abonar.
 - La Agencia Valenciana de Salud realizará de oficio las

actividades de determinación de la cuantía de reembolso procediendo al abono cuando exista saldo a favor del asegurado.

7. **Detalle del cobro:** El asegurado podrá solicitar en cualquier centro sanitario de la Agencia Valenciana de Salud, previa presentación y lectura automática de su tarjeta SIP, el documento detalle correspondiente al cobro trimestral por sobreaportación. El documento incluirá todas dispensaciones realizadas por el asegurado, la oficina de farmacia o centro sociosanitario y las aportaciones realizadas. La información deberá permitir conciliar con los recibos que obligatoriamente se deben entregar en cada oficina de farmacia en la dispensación de medicamentos
8. **Reclamaciones:** En los supuestos donde el asegurado no esté conforme con las cantidades reembolsadas o entienda que existe un error en el cálculo de las aportaciones deberán presentar una reclamación con el relato de los hechos y copias compulsadas de los recibos de dispensación realizados en las oficinas de farmacia en los centros indicados en el anterior punto 3. La reclamación será resuelta por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud en el plazo inferior a un mes.

ADENDA I

**Modelos de solicitud de reembolso de sobreaportación en prestación
farmacéutica y dietoterapéutica**

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS O RAÓ SOCIAL / APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NOM / NOMBRE		CIF - NIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

B EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN**C SOL·LICITUD / SOLICITUD****D DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

E AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376 de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència.

Si no subscriu esta autorització, l'interessat està obligat a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia.

Caso de no suscribir la correspondiente autorización, el interesado estará obligado a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Autoritze / Autorizo No autoritze / No autorizo

F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

El sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud, i la conformitat amb el que estableix la legislació vigent.

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

_____ d _____ del _____

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser inclosos en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como 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).

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS O RAÓ SOCIAL / APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NOM / NOMBRE		CIF - NIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

B EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN**C SOL·LICITUD / SOLICITUD****D DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

E AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376 de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència.

Si no subscriu esta autorització, l'interessat està obligat a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia.

Caso de no suscribir la correspondiente autorización, el interesado estará obligado a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Autoritze / Autorizo No autoritze / No autorizo

F DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

El sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud, i la conformitat amb el que establix la legislació vigent.

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

_____, _____ d _____ del _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como 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).

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



IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE	I	1) ALTA NUEVO PERCEPTOR/A <input type="checkbox"/>	2) ALTA NUEVA DOMICILIACIÓN <input type="checkbox"/>	3) BAJA <input type="checkbox"/>			
	II	4) FÍSICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	5) FÍSICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>	6) JURÍDICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	7) JURÍDICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>		
	III	APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					
	IV	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	VAT <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN
	V	8) TIPO VÍA	NOMBRE VÍA	9) TIPO NÚMERO	NÚM. VÍA	10) CALIF. NÚM. VÍA	
	V	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PISO	PUERTA	DATOS COMPLEMENTARIOS DEL DOMICILIO
	V	11) POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	PROVINCIA		
	VI	DOMICILIO EXTRANJERO 1			DOMICILIO EXTRANJERO 2		
	VI	POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	PAÍS		
		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	FAX	
VII	APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE						
VII	12) NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN			

CUENTAS BANCARIAS	CUENTA NACIONAL	ENTIDAD FINANCIERA	SUCURSAL		
		13) CÓDIGO ENTIDAD	CÓDIGO SUCURSAL	DC	NÚMERO CUENTA CORRIENTE
	CUENTA EXTRANJERO	13) IBAN			
		14) SEÑALE LO QUE CORRESPONDA:	IBAN <input type="checkbox"/>	NÚMERO CUENTA <input type="checkbox"/>	
	CÓDIGO BIC	PAÍS-ESTADO DE LA CUENTA			

VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA REPRESENTACIÓN	EL SOLICITANTE DECLARA QUE SON CIERTOS LOS DATOS BANCARIOS DEL APARTADO B QUE IDENTIFICAN LA CUENTA CORRIENTE DE LA CUAL ES (15)..... EL RÉGIMEN DE ESTA DECLARACIÓN RESPONSABLE ES EL DEL ARTÍCULO 71 BIS) DE LA LEY 30/1992, DE 26 DE NOVIEMBRE.		
	FIRMA COMO _____	FIRMA DEL SOLICITANTE O FIRMAS MANCOMUNADAS:	FIRMA COMO _____
	NIF: _____	NIF: _____	
	16) DADO QUE LA ADMINISTRACIÓN PODRÍA CONTAR YA CON LOS DATOS PRECISOS PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN QUE SE EXIGEN, PUEDE USTED MARCAR LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES O BIEN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE DETALLA EN LAS INSTRUCCIONES:		
	<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE EL ÓRGANO VALIDE SU IDENTIDAD CON LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO RESPONSABLE DEL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD O CON LOS DATOS TRIBUTARIOS DE LA AEAT, art.95.1.k. DE LA LGT. <input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE LA VERIFICACIÓN DE SU CAPACIDAD DE REPRESENTACIÓN EN NOMBRE DE SE HAGA POR EL ÓRGANO GESTOR DIRECTAMENTE A TRAVÉS DEL		
	<input type="checkbox"/> REGISTRO DE REPRESENTANTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA	<input type="checkbox"/> REGISTRO DE CONTRATISTAS Y EMPRESAS CLASIFICADAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA	

CERTIFICACIÓN	D	17) COMPROBADA LA PERSONALIDAD Y EN SU CASO LA REPRESENTACIÓN CON LA QUE ACTUA EL COMPARECIENTE O COMPARECIENTES, ASÍ COMO QUE ESTA HA SIDO DECLARADA SUFICIENTE PARA OTORGAR EL PRESENTE DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS.		
		ORGANO		
	DÍA	MES	AÑO	FIRMA:

DESTINATARIO	E	18) ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE	19) CONSELLERIA O ENTIDAD
		20) PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA	21) CODIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO

Los datos de carácter personal que contiene el Impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Así mismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad en lo que dispone el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).



IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	I	1) ALTA NUEVO PERCEPTOR/A <input type="checkbox"/>	2) ALTA NUEVA DOMICILIACIÓN <input type="checkbox"/>	3) BAJA <input type="checkbox"/>			
	II	4) FÍSICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	5) FÍSICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>	6) JURÍDICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	7) JURÍDICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>		
	III	APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					
	IV	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	VAT <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN
	V	8) TIPO VÍA	NOMBRE VÍA		9) TIPO NÚMERO	NÚM. VÍA	10) CALIF. NÚM. VÍA
	V	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PISO	PUERTA	DATOS COMPLEMENTARIOS DEL DOMICILIO
	V	11) POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO		PROVINCIA
	VI	DOMICILIO EXTRANJERO 1			DOMICILIO EXTRANJERO 2		
	VI	POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	PAÍS	
		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	FAX	
VII	COGNOMS I NOM DEL REPRESENTANT						
VII	12) NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓ			

CUENTAS BANCARIAS	CUENTA NACIONAL	ENTIDAD FINANCIERA	SUCURSAL		
		13) CÓDIGO ENTIDAD	CÓDIGO SUCURSAL	DC	NÚMERO CUENTA CORRIENTE
	CUENTA EXTRANJERO	13) IBAN			
		14) SEÑALE LO QUE CORRESPONDA:	IBAN <input type="checkbox"/>	NÚMERO CUENTA <input type="checkbox"/>	
	CÓDIGO BIC	PAÍS-ESTADO DE LA CUENTA			

VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA REPRESENTACIÓN	C	EL SOLICITANTE DECLARA QUE SON CIERTOS LOS DATOS BANCARIOS DEL APARTDO B QUE IDENTIFICAN LA CUENTA CORRIENTE DE LA CUAL ES (15)..... EL RÉGIMEN DE ESTA DECLARACIÓN RESPONSABLE ES EL DEL ARTÍCULO 71 BIS) DE LA LEY 30/1992, DE 26 DE NOVIEMBRE.	
		FIRMA COMO _____	FIRMA DEL SOLICITANTE O FIRMAS MANCOMUNADAS: _____
		NIF: _____	NIF: _____
	16) DADO QUE LA ADMINISTRACIÓN PODRÍA CONTAR YA CON LOS DATOS PRECISOS PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN QUE SE EXIGEN, PUEDE USTED MARCAR LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES O BIEN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE DETALLA EN LAS INSTRUCCIONES:		
	<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE EL ÓRGANO VALIDE SU IDENTIDAD CON LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO RESPONSABLE DEL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD O CON LOS DATOS TRIBUTARIOS DE LA AEAT, art.95.1.k. DE LA LGT.		
	<input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE LA VERIFICACIÓN DE SU CAPACIDAD DE REPRESENTACIÓN EN NOMBRE DE SE HAGA POR EL ÓRGANO GESTOR DIRECTAMENTE A TRAVÉS DEL		
	<input type="checkbox"/> REGISTRO DE REPRESENTANTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA	<input type="checkbox"/>	

CERTIFICACIÓN	D	17) COMPROBADA LA PERSONALIDAD Y EN SU CASO LA REPRESENTACIÓN CON LA QUE ACTUA EL COMPARECIENTE O COMPARECIENTES, ASÍ COMO QUE ESTA HA SIDO DECLARADA SUFICIENTE PARA OTORGAR EL PRESENTE DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS.	
		ORGANO	
	DIA	MES	AÑO
	FIRMA:		

DESTINATARIO	E	18) ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE	19) CONSELLERIA O ENTIDAD
		20) PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA	21) CODIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO

Los datos de carácter personal que contiene el Impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Así mismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad en lo que dispone el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 299, de 14/12/99).

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

RELLENE A MÁQUINA / ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS LOS ESPACIOS REQUERIDOS.

A - IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

- I** DEBE MARCAR LA CASILLA QUE CORRESPONDA A SU SOLICITUD.
- 1) ALTA DE NUEVO PERCEPTOR/A, CUANDO EL SOLICITANTE NO TENGA DADAS DE ALTA EN LA GENERALITAT NINGUNA CUENTA BANCARIA PARA LA DOMICILIACIÓN DE SUS PAGOS.
 - 2) ALTA DE NUEVA DOMICILIACIÓN BANCARIA, CUANDO EL SOLICITANTE QUE YA TENGA DADAS DE ALTA CUENTAS BANCARIAS EN LA GENERALITAT Y QUIERA DAR DE ALTA OTRAS NUEVAS
 - 3) BAJA, CUANDO EL SOLICITANTE QUIERA DEJAR SIN EFECTO UNA CUENTA BANCARIA ANTE LA GENERALITAT DE MANERA QUE DEJE DE RECIBIR PAGOS A TRAVÉS DE ELLA.
- II** DEBE MARCAR LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SOLICITANTE.
- 4) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA FÍSICA Y RESIDENTE
 - 5) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA FÍSICA Y NO RESIDENTE
 - 6) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA Y RESIDENTE
 - 7) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA Y NO RESIDENTE
- III** RELLENE CON LOS DATOS DEL SOLICITANTE DE LA INSTANCIA.
- IV** DEBE MARCAR LA DOCUMENTACIÓN QUE PARA IDENTIFICAR AL SOLICITANTE PRESENTA JUNTO A ESTE MODELO.
- V** RELLENE CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL DOMICILIO EN ESPAÑA DEL SOLICITANTE.
- 8) RELLENE CON LA ABREVIATURA DEL TIPO DE VÍA: C/., Avda., Pl., etc ...
 - 9) RELLENE CON LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE AL VALOR CON QUE SE DESCRIBE SU NÚMERO DE VÍA: núm., km., s/n, etc ...
 - 10) RELLENE, EN SU CASO, CON EL VALOR CORRESPONDIENTE AL CALIFICATIVO DE SU NÚMERO DE VÍA: bis, dup, mod, ant, etc...
 - 11) RELLENE CON EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, POBLACIÓN, ETC ... SI ES DISTINTA DEL NOMBRE DEL MUNICIPIO.
- VI** RELLENE, EN SU CASO, CON LOS DATOS DEL DOMICILIO EXTRANJERO DEL SOLICITANTE.
- VII** RELLENE SÓLO EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA. HA DE RELLENARLO CON LOS DATOS IDENTIFICATIVOS DEL REPRESENTANTE QUE PRESENTA LA SOLICITUD.
- 12) DEBE INDICAR LA DOCUMENTACIÓN QUE, PARA IDENTIFICAR AL REPRESENTANTE, ADJUNTA A ESTE MODELO: NIF, NIE o PASAPORTE.

B - CUENTAS BANCARIAS

- 13) RELLENE UNA DE LAS DOS FILAS. HÁGALO EMPEZANDO POR LA IZQUIERDA. NO ES NECESARIO QUE RELLENE LAS DOS.
- 14) PONGA EL CÓDIGO IBAN OBLIGATORIAMENTE SI SE TRATA DE UNA CUENTA BANCARIA DE UNA ENTIDAD RADICADA EN UN ESTADO MIEMBRO DE LA UNIÓN EUROPEA. EN LOS DEMÁS CASOS, MARQUE QUE SE TRATA DE UNA CUENTA CORRIENTE CUYOS DÍGITOS SE REFLEJEN EN EL CAMPO SIGUIENTE. EL CÓDIGO IBAN Y LA CUENTA CORRIENTE SE EMPEZARÁN A RELLENAR POR LA IZQUIERDA. ESCRIBA SÓLO NÚMEROS, SIN COMAS, PUNTOS, NI GUIJONES. TANTO EL CÓDIGO IBAN, COMO EL CÓDIGO BIC LOS SUMINISTRA LA ENTIDAD FINANCIERA.

C - DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIONES

- 15) DEBE INDICAR SI ES TITULAR O COTITULAR DE LA CUENTA CUYOS DATOS CONSTAN EN EL APARTADO B DEL MODELO.
- 16) DADO QUE LA ADMINISTRACIÓN PODRÍA CONTAR YA CON LOS DATOS PRECISOS PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN QUE SE EXIGEN, PUEDE USTED MARCAR LAS AUTORIZACIONES DEL APARTADO C) DEL MODELO O, EN SU LUGAR, PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:
 - a) LA PERSONA FÍSICA RESIDENTE PRESENTARÁ FOTOCOPIA DEL NIF. LA NO RESIDENTE PRESENTARÁ EL NIE, PASAPORTE U OTRA ACREDITACIÓN DE SU IDENTIDAD Y NO RESIDENCIA.
 - b) LA PERSONA JURÍDICA NO INSCRITA EN LOS REGISTROS DEL ART 6.2 PRESENTARÁ LA DOCUMENTACIÓN VÁLIDA EN DERECHO QUE DEJE CONSTANCIA FIDEDIGNA DE LA CAPACIDAD DEL REPRESENTANTE PARA SOLICITAR EL ALTA O LA BAJA DE LA DOMICILIACIÓN BANCARIA EN NOMBRE DE LA EMPRESA.

D - CERTIFICACIÓN

- 17) ESPACIO QUE RELLENA LA ADMINISTRACIÓN.

E - ÓRGANO DESTINATARIO

- 18) EN EL CASO DE QUE NO PRESENTE EL MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA COMO PARTE INTEGRANTE DE UN EXPEDIENTE, HA DE INDICAR EL ÓRGANO AL QUE LO DIRIGE.
- 19) CONSELLERIA O ENTIDAD A QUE PERTENECE EL ÓRGANO.
- 20) SI ES POSIBLE, HA DE REFLEJAR EL TIPO DE PROCEDIMIENTO EN QUE SE VA A INTEGRAR LA INSTANCIA, POR EJEMPLO: SUBVENCIONES, CONTRATACIÓN, PERCEPCIÓN DE AYUDAS.
- 21) SI ES POSIBLE, HA DE REFLEJAR EL CÓDIGO IDENTIFICADOR DE EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO PARA EL QUE PRESENTA EL MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA.