



ANEXO I

SOLICITUD AYUDAS POR DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA

nº Expediente	Nº Afiliación Seg. Social del paciente /
---------------	--

PACIENTE (cumplimentar en todo caso)

Apellido 1º	Apellido 2º
Nombre	N.I.F. Tarjeta Sanitaria
Calle/Plaza	Nº Escalera Piso Letra
Localidad	Cod. Postal Provincia
Teléfono contacto	Correo electrónico

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en pacientes menores de edad, incapacitado/a y discapacitado/a)

Apellido 1º	Apellido 2º
Nombre	N.I.F. Parentesco con el paciente

DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

Localidad de origen	Provincia
Centro sanitario de destino	Provincia
Medio de transporte utilizado	Acompañante autorizado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATOS BANCARIOS

Código País	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta

DOCUMENTACIÓN APORTADA (señalar lo que proceda)

- En caso de NO autorizar su consulta en el SVDI, fotocopia del NIF del paciente, y en caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as del representante legal o tutor, u otro documento de carácter oficial acreditativo de dicha identidad en el caso de extranjeros.
- Copia del libro de familia o de sentencia judicial de incapacitación y aceptación de tutoría cuando el beneficiario sea menor de edad o incapacitado, respectivamente.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente.
- Copia de la orden de asistencia en vigor, donde deberá figurar si se precisa acompañante, según lo indicado de forma precisa por el correspondiente facultativo.
- Justificante ORIGINAL del centro sanitario donde se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado o ha recibido asistencia ambulatoria.
- Documento de Alta a Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria (sólo si el beneficiario no figura dado de alta o solicita nueva cuenta bancaria)
- ORIGINALES de billetes de tren y/o autobús utilizados en el trayecto por el paciente y, en su caso, acompañante.
- ORIGINALES de facturas de los gastos de alojamiento y manutención del paciente y, en su caso, acompañante.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO:

- 1- Fotocopia del DNI del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as (Del representante Legal o Tutor).
- 2- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitado/as (Del representante Legal o Tutor).
- 3- Copia de la Orden de Asistencia en vigor, donde deberá figurar si se precisa acompañante, según lo indicado de forma precisa por el correspondiente facultativo.
- 4- Justificante **original** de la asistencia a consulta.
- 5- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as (Del representante Legal o Tutor).

