



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS

**Solicitud de ayuda para compensar los gastos derivados de la asistencia sanitaria, farmacéutica, ortopédica, ortoprotésica, dental, ocular o de enfermedades crónicas**

***Datos de la persona solicitante***

Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....

Nombre: ..... N.º documento de identidad: .....

Categoría: ..... Gerencia de destino.....

***Datos a efectos de recibir notificaciones***

*Correo postal*

Nombre de la vía: .....

Número: ..... Piso: ..... Puerta: ..... Población: .....

Código postal: ..... Municipio: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

***Tipo de relación con la Administración***

Estatutario:     Fijo         Interino

Situación administrativa: .....

***Datos de la persona beneficiaria***

Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....

Nombre: ..... N.º documento de identidad: .....

Fecha de nacimiento: ..... Parentesco: .....



SOLICITO:

Que, de acuerdo con lo que prevé el Acuerdo de acción social para el personal del Servicio de Salud de 21 de diciembre de 2004, se me conceda la ayuda para compensar los gastos sanitarios por los conceptos siguientes:

- Para mí
- Para un hijo / una hija o para el cónyuge o asimilado, sin ingresos propios

**1. PRÓTESIS DENTARIAS**

- Dentadura superior o inferior
- Dentadura completa
- Férula de descarga
- Piezas/fundas/endodoncias/coronas
- Obturaciones/empastes
- Ortodoncia
- Periodoncia
- Implantes osteointegrados
- Limpieza de boca (profilaxis o tartrectomía)

**2. Oculares**

- Gafas para ver de cerca y/o de lejos
- Gafas bifocales o progresivas
- Sustitución de cristales
- Sustitución de cristales bifocales o progresivos
- Lentillas
- Lentillas desechables
- Sustitución de cristal con telelupa
- Gafas con telelupa
- Prismas
- Lente terapéutica
- Montura

**3. AUDITIVA Y FONACIÓN**

- Audífono (a partir de 18 años)
- Laringófono
- Implantes cocleares (accesorios)

**4. ENFERMEDAD CRÓNICA**

- Proceso neurodegenerativo

**5. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

- Cirugía refractiva para corregir la miopía, la hipermetropía y/o el estigmatismo
- Cirugía periodontal

**6. OTROS**

- Tratamiento del TDAH
- Enfermedad catalogada como rara (inscrita en el Reg. Nal. Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III)
- Colchón o colchoneta antiescaras (con o sin compresor)
- Vacuna contra el meningococo B (hasta los 6 años)

DECLARO bajo juramento o promesa que los datos consignados son ciertos y que conozco las responsabilidades que me impone la normativa reguladora del sistema de ayudas de acción social si se detecta cualquier deformación de los hechos o falsedad en los datos consignados en esta solicitud o en la documentación aportada.

....., ..... de ..... de 20.....

[firma]

**DESTINO:** .....



## Documentación que hay que aportar

- 1) Informe médico que justifique la necesidad y especifique el tratamiento aplicado, excepto para los conceptos “1. Prótesis dentarias” y “2. Oculares”.
- 2) Factura justificativa del gasto, emitido entre el 1 de octubre de 2017 y el 30 de septiembre de 2018.
- 3) En los casos de gastos efectuados para el cónyuge o para hijos menores, es necesario aportar la documentación siguiente:
  - a) Libro de familia o documento acreditativo de acogimiento o tutela.
  - b) Declaración del IRPF de la persona solicitante—o, en su caso, certificado de la Agencia Tributaria del último ejercicio— en que figuren los hijos descendientes o jóvenes de menores de 25 años y los discapacitados que conviven con la persona solicitante y/o el cónyuge o asimilado que no tenga los ingresos mínimos de acuerdo con la normativa fiscal española.
- 4) Si el otro miembro de la pareja presta servicio en la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, es necesario adjuntar un justificante que acredite que no percibe ayuda alguna para la misma persona beneficiaria, o bien una declaración jurada en que haga constar que no percibe ninguna ayuda.

### Información básica sobre protección de datos

Responsable: Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares (C/ Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). Finalidad: gestión de ayudas para empleados del Servicio de Salud. Legitimación: ejecución de un contrato y cumplimiento de una obligación legal. Destinatarios: no se cederán datos a terceras personas, salvo en cumplimiento de obligaciones legales. Derechos: tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Correo electrónico de contacto, [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es). Información adicional: puede consultar la cláusula de protección de datos anexada a la documentación de la convocatoria actual. Firmando este formulario acepta el tratamiento de sus datos personales.