

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

**Datos del solicitante**

Nombre: ..... Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....  
N.º documento de identidad: ..... Categoría: .....  
Gerencia de destino: ..... Teléfono o extensión telefónica: .....  
Dirección para recibir notificaciones: .....  
.....

**Tipo de relación con la Administración**

Estatutaria:  fijo/fija  interino/interina

Situación administrativa: .....

**Datos del beneficiario**

Nombre: ..... Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....  
N.º documento de identidad: ..... Fecha de nacimiento [dd/mm/aaaa]: .....  
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 o una hija / Para el cónyuge o asimilado, sin ingresos propios

**1. Prótesis dentarias**

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

**2. Oculares**

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

**3. Auditiva y fonación**

Audífono (a partir de 18 años)  Implantes cocleares y accesorios (excepto las pilas)  Laringófono

**4. Enfermedad crónica**

Proceso neurodegenerativo

**5. Intervención quirúrgica**

Corrección de la refracción con láser  Cirugía periodontal

**6. Otros**

Tratamiento del TDAH  Enfermedades inscritas en el Registro Nacional de Enfermedades Raras)  
 Colchón o colchoneta antiescaras (con o sin compresor)

DECLARO bajo juramento o promesa que los datos anteriores son ciertos y que conozco las responsabilidades que me asigna la normativa reguladora del sistema de ayudas de acción social en caso de que haya deformado los hechos o haya cometido falsedad en esta solicitud o en la documentación aportada.

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

[rúbrica]

DESTINO: .....

## **Documentos adjuntos**

- 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 en una fecha desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2015.
- 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 acogida o tutela.
  - b) Declaración del IRPF de la persona solicitante —o, en su caso, certificado de Hacienda del último ejercicio— en que figuren los hijos descendientes o jóvenes menores de 25 años y los discapacitados que conviven con el contribuyente y/o el cónyuge o asimilado que no disfrute de los ingresos mínimos de acuerdo con la normativa fiscal española.
- 4) En caso de que el otro miembro de la pareja preste servicio en la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, es necesario adjuntar un justificante que acredite que no percibe ninguna ayuda para la misma persona beneficiaria, o bien una declaración jurada en que haga constar que no percibe ninguna ayuda.