

**Sol·licitud d'ajut per compensar les despeses derivades de l'assistència sanitària, farmacèutica, ortopèdica, ortoprotètica, dental i ocular o de malalties cròniques**

**Dades del sol·licitant**

Nom: ..... Primer llinatge: ..... Segon llinatge: .....

Núm. document d'identitat: ..... Categoria: .....

Gerència de destinació: ..... Telèfon o extensió telefònica: .....

Adreça per rebre-hi notificacions: .....

**Tipus de relació amb l'Administració**Estatutària:  fix/fixa  interí/interina

Situació administrativa: .....

**Dades del beneficiari**

Nom: ..... Primer llinatge: ..... Segon llinatge: .....

Núm. document d'identitat: ..... Data de naixement [dd/mm/aaaa]: .....

Parentiu: .....

**SOL·LICIT:**

Que, d'acord amb el que preveu l'Acord d'acció social per al personal del Servei de Salut de 21 de desembre de 2004, se'm concedeixi l'ajut per compensar les despeses sanitàries pels conceptes següents:

Per a mi  Per a un fill o una filla / Per al cònjuge o assimilat, sense ingressos propis

**1. Pròtesis dentàries**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dentadura superior o inferior             | <input type="checkbox"/> Dentadura completa      | <input type="checkbox"/> Peces/fundes/endodòncies/corones |
| <input type="checkbox"/> Obturacions/empastaments                  | <input type="checkbox"/> Implants osteointegrats | <input type="checkbox"/> Ortodòncia                       |
| <input type="checkbox"/> Neteja de boca (profilaxi o tartrectomia) | <input type="checkbox"/> Periodòncia             | <input type="checkbox"/> Fèrula de descàrrega             |

**2. Oculars**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ulleres per veure-hi de prop i de lluny      | <input type="checkbox"/> Ulleres bifocals i progressives  | <input type="checkbox"/> Substitució de lents |
| <input type="checkbox"/> Substitució de vidres bifocals i progressius | <input type="checkbox"/> Primes                           | <input type="checkbox"/> Lentilles            |
| <input type="checkbox"/> Lentilles d'un sol ús                        | <input type="checkbox"/> Lent terapèutica                 | <input type="checkbox"/> Muntura              |
| <input type="checkbox"/> Ulleres amb telelupa                         | <input type="checkbox"/> Substitució de lent amb telelupa |   |

**3. Auditiva i fonació**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Audiòfon hipoacúsia bilateral (a partir de 20 anys) | <input type="checkbox"/> Audiòfon hipoacúsia unilateral |
| <input type="checkbox"/> Implants coclears i accessoris (excepte les piles)  | <input type="checkbox"/> Laringòfon                     |

**4. Malaltia crònica**

- Procés neurodegeneratiu

**5. Intervenció quirúrgica**

- Cirurgia refractària per correcció de miopia, hipermetropia i estigmatisme  Cirurgia periodontal

**6. Altres**

- Tractament del TDAH  Malalties inscrites en el Registre Nacional de Malalties Rares)
- Matalàs o matalasset antiescares (amb compressor o sense)
- Vacuna meningococ B (fins un màxim de 6 anys)

DECLAR sota jurament o promesa que les dades anteriors són certes i que estic assabentat/assabentada de les responsabilitats que m'assigna la normativa reguladora del sistema d'ajuts d'acció social en cas que hagi deformat els fets o hagi comès falsedat en aquesta sol·licitud o en la documentació aportada.

..... d ..... de 20.....

[rúbrica]

DESTINACIÓ: .....

**Documents adjunts**

- 1) Informe mèdic que justifiqui la necessitat i especifiqui el tractament aplicat, excepte per als conceptes "1. Pròtesis dentàries" i "2. Oculars".
- 2) Factura justificativa de la despesa, emesa en una data des de l'1 d'octubre de 2019 a 30 de setembre de 2020.
- 3) En els casos de despeses efectuades per al cònjuge o per a fills menors, cal aportar la documentació següent:
  - a) Llibre de família o document acreditatiu d'acolliment o tutela.
  - b) Declaració de l'IRPF de la persona sol·licitant —o, si escau, certificat d'Hisenda del darrer exercici— en què hi figurin els fills descendents o fadrins de menys de 25 anys i els discapacitats que conviuen amb el contribuent i/o el cònjuge o assimilat que no gaudeixi dels ingressos mínims d'acord amb la normativa fiscal espanyola.
- 4) En el cas que l'altre membre de la parella presti servei a l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, cal adjuntar un justificant que acrediti que no percep cap ajut per a la mateixa persona beneficiària, o bé una declaració jurada en què faci constar que no percep cap ajut.