

**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)  Periodóncia  Férula de descarga

**2. Oculares**

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

**3. Auditiva y fonación**

Audífono hipoacusia bilateral (a partir de 20 años)  Audífono hipoacusia unilateral  
 Implantes cocleares y accesorios (excepto las pilas)  Laringófono

**4. Enfermedad crónica**

Proceso neurodegenerativo

**5. Intervención quirúrgica**

Cirugía refractaria para la corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo.  Cirugía periodontal

**6. Otros**

Tratamiento del TDAH  Enfermedades inscritas en el Registro Nacional de Enfermedades Raras (p.ej. espectro autista)  
 Colchón o colchoneta anti escaras (con o sin compresor)  
 Vacuna meningococo B (hasta un máx. de 6 años)  Vacuna papiloma humano (únicamente niños a partir de 12 años)

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.....

*Anexo 2*

[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 octubre de 2020 hasta el 30 de septiembre de 2021.
- 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.

### **Información básica sobre protección de datos personales**

*El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears (c/ de la Reina Esclarmunda, 9, 07003 Palma).*

*Sus datos personales serán tratados con la finalidad gestionar y tramitar las ayudas que el Servicio de Salud de las Islas Baleares ofrece a sus trabajadores en virtud del Acuerdo de acción social para el personal del Servicio de Salud incluido en el ámbito de aplicación de la Ley 55/2003.*

*Tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Para ejercer estos derechos debe presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de los Servicios Centrales del Servicio de Salud de las Illes Balears, en Calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003, Palma).*

*La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene la sede en la Dirección de Gestión y Presupuestos (c/ de la Reina Esclarmunda, 9, 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es)*

*Si quiere obtener más información sobre el tratamiento de sus datos personales, clique en <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/proteccion-de-datos-personales>*

