

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N.I.F.																																				
Apellidos	Nombre	Teléfono																																					
DOMICILIO (Sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código Postal y Localidad	Provincia																																				
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número																																					
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia																																				
DATOS DEL OTRO TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD	Apellidos y Nombre: N.I.F.: _____ N° de Afiliación al ISFAS o Régimen de la Seguridad Social al que pertenece: _____																																						
DATOS DEL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN																																							
Número de Orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.																																				
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	¿Reside en España? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Indique País _____		País de nacimiento: _____																																				
DATOS SOBRE CONVIVENCIA/DEPENDENCIA ECONÓMICA																																							
Convive con el solicitante <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Cobra prestación desempleo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																																					
Con el otro progenitor <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Ingresos mensuales actuales (rendimientos íntegros) _____																																						
¿Cobra alguna/s prestación/es o subsidio/s incluido/s otro/s de protección familiar? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		La ha solicitado <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																																					
Cuantía mensual: _____ Clase de prestación _____ Organismo _____ País _____																																							
DATOS SOBRE LA DISCAPACIDAD																																							
¿Está incapacitado por sentencia judicial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Porcentaje _____ %																																						
¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	En su caso fecha de vencimiento _____																																						
¿Tiene carácter permanente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	En caso de reconocimiento de dependencia, Grado y Nivel: _____																																						
¿Tiene reconocida la ayuda de 3ª persona? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																																							
¿Tiene reconocida situación de Dependencia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																																							
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			Ver ANEXO																																				
DATOS PARA EL PAGO																																							
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE	<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL CAUSANTE																																						
Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.																																							
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA																																				
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo público ni de otro Régimen de Seguridad Social, salvo las que, en su caso, se detallan en la declaración que se adjunta. Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.		LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, n° de DNI y relación con el titular) (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)																																					
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS																																							

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		N.I.F.
Apellidos		Nombre	Teléfono
DOMICILIO (Sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código Postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
DATOS DEL OTRO TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD	Apellidos y Nombre:		
	N.I.F.: Nº de Afiliación al ISFAS o Régimen de la Seguridad Social al que pertenece		
DATOS DEL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN			
Número de Orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<p>• Pueden ser beneficiarios de esta prestación los titulares con un hijo menor de 18 años y discapacidad igual o superior a un 33% ó mayor de esa edad con discapacidad igual o superior al 65%. Si ésta alcanza o supera el 75%, podrá valorarse la necesidad de ayuda de tercera persona acreditando el reconocimiento de la situación de dependencia en cualquiera de sus grados. También puede ser beneficiario, en ausencia de padres, el huérfano en las mismas condiciones. La competencia para las valoraciones de la discapacidad corresponde a los Equipos de Valoración y Orientación y a los de Valoración de dependencia de las Comunidades Autónomas o, en su caso, del IMSERSO.</p> <p>• Esta prestación es incompatible con :</p> <ul style="list-style-type: none">- La percepción de cualquier otra prestación análoga establecida en los demás regímenes públicos de protección social.- La condición por parte del hijo discapacitado de pensionista de invalidez o jubilación en su modalidad no contributiva o de percceptor de pensiones asistenciales o de los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda a tercera persona, establecidos en la LISMI, o de percceptor de una pensión contributiva distinta de las de orfandad o en favor de familiares de nietos y hermanos.- Con la obtención por el hijo discapacitado de rendimientos de trabajo que superen el 100% del salario mínimo interprofesional, en cómputo anual. <p>• La cuantía de la prestación, en sus tres tipos, se fija anualmente en las Leyes de Presupuestos. Su abono es mensual, aunque los efectos económicos iniciales se producen siempre el día uno del trimestre natural siguiente a aquél en que se presenta la solicitud.</p>			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<p>• El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.</p> <p>• Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.</p>			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<p>• Los datos relativos a la prestación solicitada serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado del ISFAS que, regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa (BOD nº 149), se utiliza para la gestión y abono de las prestaciones, así como para fines estadísticos. La responsabilidad del fichero corresponde a la Secretaría General del ISFAS, c/ Huesca, 31- 28020 Madrid.</p> <p>• Los datos podrán ser cedidos a los Organismos con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas Administraciones Públicas y CCAA, en materia tributaria del Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, de las CCAA o de las Diputaciones Forales, así como a las Entidades Bancarias receptoras del abono de la prestación al interesado.</p>			

ANEXO

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad del causante acompañada del Dictamen técnico facultativo y, si procede, de la necesidad de tercera persona mediante el certificado de dependencia, expedidos por los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas con competencias transferidas o del IMSERSO.
- En el caso de que otro titular de la patria potestad no se encuentre en situación de alta en ISFAS, fotocopia de su DNI o autorización para verificación de datos de identidad en el Órgano competente de la Administración General del Estado.
- En el caso de que quien ostente la representación legal -menores e incapacitados- del causante no esté afiliado al ISFAS, acreditará su identidad mediante la exhibición del DNI, o tarjeta equivalente de extranjeros residentes, o según proceda, mediante su comprobación por el ISFAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad previo consentimiento del representante. De no prestarse el consentimiento se requerirá fotocopia del documento acreditativo de la identidad en período de subsanación de la solicitud.
- En los supuestos de separación judicial de los padres del causante de la prestación, si existiese sentencia firme, “testimonio de la sentencia”, si en la misma se asignase la custodia de los hijos, y “testimonio del convenio regulador”, si es en éste donde se consigna la guarda y custodia.
- Si los padres se encuentran en trámite de separación o divorcio, “testimonio de la aprobación judicial de las medidas provisionales” en el que se acuerde la guarda y custodia.
- En los supuestos de tutela, guarda, curatela, acogimiento de menores o mayores con discapacidad, resolución mediante la que se constituya la tutela/curatela o documento expedido por la Entidad Pública que tiene atribuida la protección de menores o incapacitados, que acredite el acogimiento del menor o incapacitado o auto judicial encomendando la guarda y custodia.
- En caso de huérfano absoluto titular de la prestación, se acreditará el fallecimiento de los padres, siempre que no obre en poder del ISFAS.
- Si el causante de la prestación tiene 16 o más años de edad, autorización para solicitar a la Agencia Tributaria los ingresos íntegros en concepto de rendimientos del trabajo personal en el ejercicio anterior o, en su defecto, y siempre en el País Vasco y Navarra, certificación al respecto de la Agencia Tributaria.
- En el supuesto de causantes mayores de 18 años, además, “Fe de Vida y Estado” del mismo.
- En su caso, declaración sobre otras ayudas de análoga naturaleza que se perciban, con detalle de cuantías y Organismo pagador.

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS



ISFAS
INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

**PRESTACIÓN FAMILIAR POR
HIJO O MENOR ACOGIDO A
CARGO CON DISCAPACIDAD**

CÓDIGO DE EXPEDIENTE

Nº DE AFILIACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR SOLICITANTE

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR DATOS ECONÓMICOS A LA AEAT

La persona abajo firmante autoriza al Instituto Social de las Fuerzas Armadas a solicitar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria los datos del Impuesto sobre la Renta de las personas Físicas, de ingresos, pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas, del ejercicio correspondiente que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir y mantener la ayuda económica de **Prestación Familiar por hijo o menor acogido a cargo con discapacidad**, solicitada.

La presente autorización se otorga a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del artículo 9.5.1 k) de la Ley 58/2003, General Tributaria, que permite previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las AA.PP., para el desarrollo de sus funciones.

Tutor (en el caso de incapacitados judicialmente)

Firmas

Apellidos y Nombre: _____ N:I:F.: _____

Beneficiario mayor de 16 años causante de la prestación familiar que presta autorización

Apellidos y Nombre: _____ N:I:F.: _____

Nº Orden (en el documento de afiliación): _____

_____, a ____ de _____ de _____

NOTA: La autorización concedida puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.



ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

**PRESTACIÓN FAMILIAR POR
HIJO O MENOR ACOGIDO A
CARGO CON DISCAPACIDAD**

CÓDIGO DE EXPEDIENTE

AUTORIZACION PARA LA COMPROBACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD

Acreditación de identidad de titulares, beneficiarios, cónyuges, convivientes, viudas, hijos/as huérfanos/as, para el tratamiento de solicitudes de afiliación y/o prestaciones, incluidas las de las Asociaciones Mutuas Benéficas integradas en ISFAS. En el caso de menores de edad o incapacitados deberá ser suscrito por su representante legal debidamente acreditado.

(Cumplimentar y suscribir un ejemplar por el titular, beneficiario/a o causante, consignado en la solicitud).

En caso de no autorizar la consulta se deberá presentar fotocopia del Documento Nacional de Identidad "DNI" o Número de Identificación de Extranjero "NIE" de las personas a que se refiere la solicitud (Artículo 1.3 Real Decreto 522/2006, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de fotocopias de Documentos de Identidad en los procedimientos administrativos en la Administración General del Estado y de sus organismos públicos vinculados o dependientes).

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI / NIE

A los efectos que derivan de esta solicitud, **AUTORIZO** al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) **para consultar mis datos de identificación personal, con garantía de confidencialidad, en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), regulado en la Orden PRE/3949/2006, de 26 de diciembre (Artículo Único del Real Decreto 522/2006, de 28 de abril), a efectos de comprobación de requisitos necesarios para la resolución de solicitud que acompaña, de afiliación o prestaciones gestionada por este Instituto Social.**

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

(En el último caso, nº del DNI y Poder Legal de Representación)

, a de de

Firmado:

Nº. AFILIACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR
28/7.	

NOTA: El presente consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante comunicación expresa dirigida por escrito al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

CORREO ELECTRÓNICO:

C/ Huesca, 31 - 28020 MADRID
C/ Alcalá, 120 - 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 98