

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 BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			
<ul style="list-style-type: none"> La documentación que se indica en este modelo se refiere a las primeras solicitudes de ayuda. Informe médico extendido por el facultativo que corresponda al asegurado según su modalidad asistencial que exprese la condición de celíaco del beneficiario. Autorización firmada por cada uno de los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, para la consulta de datos fiscales a la Agencia Tributaria y fotocopia del DNI de los mismos (sólo la primera vez que se solicita la ayuda). En el País Vasco y Navarra no será necesario aportar la documentación precedente, debiendo presentar fotocopia de la declaración del IRPF, del Modelo de devolución del exceso de ingresos a cuenta o certificado de imputaciones de renta en caso de no tener obligación de declarar, de todos los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, todos ellos referidos al periodo impositivo anterior en dos años al de la solicitud. Declaración jurada de pensiones o prestaciones percibidas por la unidad familiar de otros Regímenes Públicos de protección social distintos del ISFAS, que tengan el carácter de exentas o no estén sujetas al impuesto de la renta de las personas físicas y autorización para realizar verificaciones o consultas necesarias con las Administraciones Públicas competentes. Para los residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, con los documentos necesarios se acompañará de su traducción al español. 			
DATOS PARA EL PAGO			
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE			
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:		LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)	
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.			
Y SOLICITO la ayuda indicada en la cuantía que corresponda.			
(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	<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 BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indique "el mismo")		N.I.F.
INFORMACIÓN DE LA AYUDA			
<ul style="list-style-type: none"> Es una ayuda social tiene carácter anual y está destinada a paliar las especiales necesidades de los pacientes celíacos menores de 18 años. Existe un límite máximo y un límite mínimo para la ayuda fijados en la normativa aplicable y sus cuantificación se realiza en función del nivel de renta disponible acreditado por la Unidad Familiar. El derecho a esta ayuda se reconocerá para el ejercicio en que se solicite, sin posibilidad de extender sus efectos a ejercicios anteriores o posteriores. Las solicitudes de afiliados residentes en el extranjero por destino o comisión de servicios, se dirigirán directamente a las Delegaciones del ISFAS, a cuyo colectivo esté adscrito el titular. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada. Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la transferencia bancaria ni 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. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<ul style="list-style-type: none"> 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 (BOE nº 149), se utiliza para la gestión del colectivo y de las prestaciones, así como para fines estadísticos. La responsabilidad del fichero corresponde a la Secretaría General del ISFAS, c/ Huesca, 31 – 28020 Madrid. Los datos podrán ser comunicados a los órganos y unidades de personal del Ministerio de Defensa, a los Ministerios de Economía y Hacienda y de Trabajo y Asuntos Sociales y a las entidades públicas gestoras de la Seguridad Social, de los Servicios Sociales y de la Sanidad, así como, en lo que resulten precisos para ello, a las entidades bancarias a través de las que se realicen los pagos de las prestaciones del ISFAS. 			



ANEXO III

DECLARACIÓN DE PENSIONES O PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF

(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., N° de afiliación al ISFAS:.....

DECLARO bajo mi responsabilidad que, durante el ejercicio de 20 , tanto yo como otros miembros de mi unidad familiar (**)
hemos percibido las siguientes pensiones o prestaciones, incluidas en la acción protectora de cualquier régimen público de protección
social distinto del ISFAS, que tienen el carácter de exentas o no están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Por
los conceptos en que no haya percibido cantidad alguna, anote "0"):

PENSIONES O PRESTACIONES ECONÓMICAS	ENTIDAD PAGADORA	Importe (euros)
Pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez de la Seguridad Social, contributivas o no contributivas, o equivalentes del Régimen de Clases Pasivas del Estado.		
Prestaciones de gran invalidez.		
Pensiones extraordinarias de invalidez, viudedad u orfandad, por actos de terrorismo.		
Pensiones de orfandad.		
Prestaciones por hijo o menor acogido a cargo discapacitado con complemento de tercera persona.		
Pensiones generadas y devengadas en el extranjero.		
Prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia percibidas en el ejercicio en que se solicita la ayuda.		

(*) Se consignarán las rentas obtenidas en segundo ejercicio anterior a aquel para el que se solicita la ayuda, salvo las prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia, que deberán corresponder al mismo ejercicio para el que se solicita.

(**) Se considera Unidad Familiar la constituida por el titular, las personas incluidas en su documento de afiliación y, en todo caso, el cónyuge o conviviente aunque no esté incluido en el campo de aplicación del Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. En el supuesto de titulares por derecho derivado de orfandad, menores de edad, se incluirá al progenitor con el que convivan, si lo hubiere.

A estos efectos se deberán acompañar certificaciones relativas a los ingresos percibidos en el año 20....., de organismos distintos del ISFAS, exentos del IRPF. Este requisito no será necesario para renovaciones posteriores.

Para todos los solicitantes, hayan percibido o no pensiones o prestaciones exentas del IRPF:

El/los abajo firmante/s autoriza/n al ISFAS para realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

En....., a de de 20 ...

Firma del titular:

Firma de los otros miembros de la unidad familiar (consignar nombre y apellidos y DNI):

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Los datos contenidos en esta Declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.



ANEXO IV

Autorización para solicitar datos económicos a la AEAT

La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n 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 pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas, del ejercicio correspondiente que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir la ayuda económica para CELIACOS solicitada por el afiliados indicado a continuación.

La presente autorización se otorga a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del artículo 95.1 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.

Titular y/o representante de beneficiarios:

Firmas

Número de afiliación: []

Código de expediente: []

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Beneficiarios mayores de 18 años que también prestan autorización

Cónyuge /conviviente: (Excepto defunción, los datos deberán cumplimentarse en todo caso)

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

Beneficiario:

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

Beneficiario:

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

Beneficiario:

Apellidos y nombre: []

N.I.F: []

Nº orden: []

En....., a de de 20 ...

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