

## SOLICITUD

Número de Afiliación: <b>28/7</b>		<b>DATOS DEL TITULAR</b>			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 <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación		Calle y número		Provincia
				Código Postal y Localidad		Provincia
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>						
Nº de orden		Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			N.I.F.	
<b>SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA</b>		<b>CÓDIGO DE EXPEDIENTE</b>	<b>IMPORTE (€)</b>	<b>SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA</b>		<b>IMPORTE (€)</b>
<input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS (DE LEJOS O DE CERCA)				<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL TELELUPA		
<input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS BIFOCALES O PROGRESIVAS				<input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES		
<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN CRISTAL (LEJOS O CERCA)				<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE CIRUGÍA REFRACTIVA		
<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN CRISTAL BIFOCAL/PROGRESIVO				<input type="checkbox"/> AYUDAS PARA BAJA VISIÓN		
<input type="checkbox"/> LENTILLAS				<input type="checkbox"/> OTRAS (ESPECIFICAR)		
<input type="checkbox"/> LENTE TERAPÉUTICA						
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>En las solicitudes relativas a ayudas para gafas, cristales y lentillas, salvo en el caso de lentes terapéuticas, informe en el que se refleje la corrección óptica requerida por el beneficiario.</li> <li>En el caso de ayudas por tratamientos mediante técnicas de cirugía refractiva, informe de facultativo especialista en Oftalmología, en el que deberá constar el diagnóstico, la corrección óptica requerida y la técnica terapéutica utilizada.</li> <li>En el caso de las ayudas para baja visión (gafas telelupa, lupas, filtros, microscopios), informe de facultativo especialista en Oftalmología, en el que se detallará la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, el campo visual.</li> <li>Factura original en la que deberá figurar el detalle de los conceptos por los que se solicitan ayudas y demás requisitos legales establecidos. Salvo desestimación de la solicitud, las facturas no podrán ser devueltas hasta que finalice el procedimiento, por lo que si se desea una copia sellada, deberá presentarse una fotocopia junto con el original.</li> <li>Al tratarse de un reintegro de gastos, las facturas deberán dejar constancia de su pago. De no ser así se acompañará recibo acreditativo del abono de su importe.</li> </ul>						
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>						
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE						
Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.						
COD. IBAN		DATOS BANCO O CAJA		DATOS DE LA SUCURSAL		D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b>				<b>LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE</b> (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, salvo las que, en su caso, se detallan en la declaración que se adjunta. <b>Y SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.				(En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)		
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>						

## SOLICITUD

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		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
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
<input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS (DE LEJOS O CERCA)	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTALES TELELUPA		
<input type="checkbox"/> GAFAS COMPLETAS BIFOCALES O PROGRESIVAS	<input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES		
<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL (LEJOS O CERCA)	<input type="checkbox"/> TÉCNICAS DE CIRUGÍA REFRACTIVA		
<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL BIFOCAL/PROGRESIVO	<input type="checkbox"/> AYUDAS PARA BAJA VISIÓN (LUPAS, FILTROS, MICROSCÓPIOS, GAFAS TELELUPA)		
<input type="checkbox"/> LENTILLAS	<input type="checkbox"/> OTRAS (ESPECIFICAR		
<input type="checkbox"/> LENTES TERAPÉUTICAS			
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estas prestaciones consisten en ayudas económicas baremadas según la normativa vigente en cada momento, que en ningún caso podrán ser superiores al coste real abonado.</li> <li>Excepto en el caso de "lentes terapéuticas", para el acceso a prestaciones oculares, será preciso que la graduación óptica sea igual o superior a 0,5 dioptrías.</li> <li>Las ayudas para gafas, sustitución de cristales y lentillas, de cualquier tipo, son incompatibles entre sí, pudiendo reconocerse solo una de ellas por cada año natural a favor del mismo beneficiario. En el caso de la sustitución de cristales y de las lentillas, podrán reconocerse ayudas para dos unidades como máximo, por beneficiario y año natural.</li> <li>En el caso de lentillas desechables, la ayuda máxima a conceder deberá solicitarse de una sola vez para su concesión.</li> <li>Los tratamientos mediante técnicas de cirugía refractiva sólo darán lugar a ayuda en caso de beneficiarios con defectos de refracción estabilizados, edad superior a 21 años y corrección igual o superior a 4 dioptrías. El importe podrá alcanzar el 50% del coste del tratamiento, con un límite máximo especificado en la normativa vigente.</li> <li>Podrán acceder a las prestaciones para ayudas ópticas para baja visión, los beneficiarios que presenten una agudeza visual igual o inferior a 0,3 (3/10) con corrección, en el mejor ojo, o un campo visual inferior a 10<sup>0</sup> desde el punto de fijación.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>El plazo para tramitar el procedimiento de la primera solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.</li> <li>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.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los datos relativos a la prestación solicitada serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado del ISFAS que, regulado en la Orden 75/1994, de 26 de julio, del Ministerio de Defensa (BOE del 27), 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.</li> <li>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.</li> </ul>			