

## 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>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>																																																						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Original o copia compulsada de la Resolución de Licencia (F.17R) correspondiente al cuarto mes y, en su caso, a los siguientes transcurridos en esta situación (F.17).</li> <li>Certificado de la Pagaduría sobre las retribuciones percibidas en el mes en el que se produzca la primera licencia.</li> </ul>																																																						
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>																																																						
<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>																																																						
<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>											<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																																																			
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b>			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)																																																			
Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.			(En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)																																																			
Y <b>SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.																																																						
<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>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo pueden ser beneficiarios de esta prestación los funcionarios civiles y el personal estatuario del CNI.</li> <li>El derecho al subsidio surge desde que comienza el cuarto mes de licencia por enfermedad o accidente y se puede percibir durante un máximo de 21 meses.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia 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 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.</li> <li>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.</li> </ul>			