



**Sol·licitud d'ajut per compensar les despeses derivades de l'assistència sanitària,  
farmacèutica, ortopèdica, ortoprotètica, dental i ocular o de malalties cròniques**

**Dades de la persona sol·licitant**

Llinatges, nom: ..... DNI: .....

Adreça a efectes de notificació: .....

Categoria: ..... Gerència de destinació: .....

Telèfon o extensió telefònica: .....

**Tipus de relació amb l'Administració**

Estatutària:  fix/fixa  inter/interina

Laboral:  fix/fixa

Situació administrativa: .....

**Dades de la persona beneficiària**

Llinatges, nom: ..... DNI: .....

Data de naixement [dd/mm/aaaa]: ..... Parentiu: .....

**SOL·LICIT:**

Que, d'acord amb el que preveu l'Acord d'acció social per al personal del Servei de Salut de 21 de desembre de 2004, se'm concedeixi l'ajut per compensar les despeses sanitàries pels conceptes següents:

Per a mi  Per a un fill o una filla / Per al cònjuge o assimilat, sense ingressos propis

**1. Pròtesis dentàries**

Dentadura superior o inferior

Dentadura completa

Peces/fundes/endodòncies/corones

Obturacions/empastaments

Implants osteointegrats

Neteja de boca (profilaxi o tartrectomia)

Ortodòncia

Periodòncia

**2. Oculars**

Ulleres per veure-hi de prop i de lluny

Ulleres bifocals i progressives

Substitució de vidres

Substitució de vidres bifocals i progressius

Lentilles

Lentilles d'un sol ús

Substitució de vidre amb telulupa

Ulleres amb telulupa

Prismes

Lent terapèutica

Muntura

**3. Auditiva i fonació**

Audiòfon

Laringòfon

**4. Pròtesis ortopèdiques**

Calçat ortopèdic

Plantilles ortopèdiques no adaptades al calçat

Accessoris de cadira de rodes

Ortesi

**5. Malaltia crònica**

Malaltia cel·laca

Procés neurodegeneratiu

**6. Intervenció quirúrgica**

Intervenció amb làser per corregir la miopia

Cirurgia periodontal

**7. Altres**

Vacuna antipneumocòccica

Tractament del TDAH

Psoriasi

Natació correctiva de la columna

Vacuna prematernitat

DECLAR sota jurament o promesa que les dades anteriors són certes i que estic assabentat/assabentada de les responsabilitats que m'assigna la normativa reguladora del sistema d'ajuts d'acció social en el cas que hagi deformat els fets o hagi comès falsedat en aquesta sol·licitud o en la documentació aportada.

....., ..... d ..... de 20 .....

DESTINACIÓ: .....



### **Documents adjunts**

- 1) Informe mèdic que justifiqui la necessitat i especifiqui el tractament aplicat, excepte per als conceptes “1. Pròtesis dentàries” i “2. Oculars”.
- 2) Factura justificativa de la despesa, emesa en una data de l'any natural immediatament anterior a la data inicial del termini per presentar sol·licituds (de l'1 d'octubre de 2010 al 30 de setembre de 2011).
- 3) En els casos de despeses efectuades per al cònjuge o per fills menors, cal aportar la documentació següent:
  - a) Llibre de família o document acreditatiu d'acolliment o tutela.
  - b) Declaració de l'IRPF de la persona sol·licitant —o, si escau, certificat d'hisenda del darrer exercici— en què hi figurin els fills descendents o fadrins menors de vint-i-cinc anys i els discapacitats que conviuen amb el contribuent i/o el cònjuge o assimilat que no gaudeixi dels ingressos mínims d'acord amb la normativa fiscal espanyola.
- 4) En el cas que l'altre membre de la parella presti servei a l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, cal adjuntar un justificant que acrediti que no percep cap ajut per a la mateixa persona beneficiària, o bé una declaració jurada en què faci constar que no percep cap ajut.