

## 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	El que conste para el ISFAS	Calle y número			
	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.	
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe médico del correspondiente especialista en psiquiatría (de la modalidad asistencial a que esté adscrito), en el que habrá de consignarse la situación clínica del paciente reflejando expresamente si se encuentra en fase aguda.</li> <li>Informe del profesional que realizará el tratamiento en el que se determinará la técnica terapéutica y el número previsible de sesiones.</li> <li>En caso de pacientes adscritos a Entidades de Seguro, certificación de la Entidad en la que se señale si el profesional que realizará la terapia figura, de alguna forma, en sus Catálogos de Servicios.</li> <li>Facturas originales en las que figure el nombre del paciente, número de sesiones de tratamiento, además de todos los requisitos legales de la factura. Las facturas no serán devueltas, salvo desestimación de la solicitud. Si se desea una copia sellada, preséntese una fotocopia junto con el original.</li> <li>Justificación documental del abono de las correspondientes facturas.</li> </ul>					
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>					
PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE					
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>					
DATOS DEL BANCO O CAJA	Código numérico	Denominación	DATOS DE LA CUENTA O LIBRETA	Clase Cuenta Corriente Libreta de Ahorro	Dígito de Control
DATOS DE LA SUCURSAL	Código numérico	Dirección		Número	
<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)		
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 <b>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>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	El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	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.
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>La prestación por tratamiento de psicoterapia consiste en una ayuda económica por sesión. Sus límites y cuantía, así como los tratamientos que dan derecho a la ayuda, se contemplan en la normativa vigente en cada momento.</li> <li>Estas ayudas son incompatibles con la prestación de hospitalización psiquiátrica.</li> <li>La prestación puede renovarse cada año.</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 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.</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 Mº 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>			