



DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN

Calle: _____ N° _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____

Código Postal: _____ Municipio _____

Territorio Histórico / Provincia _____ País _____

Correo electrónico _____

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN A LA SOLICITUD (si es el caso, márquelos)

- Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.
- Fotocopia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de cuenta bancaria (solo en la opción 2 de datos bancarios).

CONSULTA / VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

El Departamento de Salud consultará / verificará de oficio (art. 28 de la Ley 39/2015) en la administración competente tanto por medios electrónicos o por otros medios disponibles los siguientes datos:

- Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegurado
- Datos relativos a la situación legal de desempleo y a la condición de perceptor de la Renta de Garantía de Ingresos
- Datos relativos al reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria, en el caso de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España
- Datos relativos al cumplimiento de las obligaciones tributarias y de la Seguridad Social (Haciendas Forales y TGSS) mediante el Servicio de consulta de estar al corriente de pago de obligaciones con Haciendas Forales y TGSS, del Nodo de Interoperabilidad de NISAE.

Salvo que la persona interesada se oponga a ello, de manera motivada (art. 21 del Reglamento (U.E) 2016/679 de Protección de Datos). Podrá ejercer su derecho de oposición en <https://www.euskadi.eus/clausulas-informativas/web01-sedepd/es/transparencia/087600-cap2-es.shtml>. En caso de oposición, deberá aportar los certificados que acrediten dicho cumplimiento.

DECLARACIONES RESPONSABLES

1.- Declaración de compatibilidad (marque su opción y rellene a continuación si ha marcado SÍ)

Declaro que **NO** / **SÍ** estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o entidades privadas por importe de _____ € en concepto de _____

2.- Otras declaraciones. Declaro, bajo mi responsabilidad, que:

- **NO** he recibido ninguna sanción, penal o administrativa, que me imposibilite obtener subvenciones o ayudas públicas
- **NO** estoy incurso/a en ninguna prohibición legal que me inhabilite para obtener subvenciones o ayudas públicas, con mención expresa a las que se hayan producido por discriminación de sexo
- **CUMPLO** con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudas, dispongo de la documentación que lo acredita y la pondré a disposición de la Administración cuando me sea requerida, y me comprometo a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el tiempo inherente al reconocimiento como persona beneficiaria de las ayudas.
- Los **DATOS** contenidos en esta solicitud y en los documentos que la acompañan son **VERDADEROS**.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos de carácter personal que consten en la solicitud serán tratados e incorporados a la actividad de tratamiento denominada Ayudas y Subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones.

Responsable: Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Dirección de Salud Pública y Adicciones. **Finalidad:** Gestión de ayudas económicas y subvenciones en materia de Salud Pública y Adicciones. **Legitimación:** Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. Ley 20/2023, de 21 de diciembre, Reguladora del Régimen de Subvenciones. **Derechos:** Usted tiene el derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos, así como de limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional. **Información adicional:** podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección: <https://www.euskadi.eus/rgpd/0336322>. **Normativa:** Reglamento General de Protección de Datos (<https://www.boe.es/DOUE/2016/119/L00001-00088.pdf>) y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>)

En _____, a ____ de _____ de 2024

Firma SOLICITANTE _____

Firma REPRESENTANTE, REPRESENTANTE LEGAL, MADRE / PADRE, GUARDOR/A HECHO del solicitante (según el caso) _____



Sello del Registro de Entrada

Anexo B

Código de Barras

2024

TRAMITACIÓN SIMPLIFICADA

SOLICITUD DE AYUDAS DESTINADAS A FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PRESCRITOS POR PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI QUE ESTÉN SUJETOS A FINANCIACIÓN PÚBLICA

SOLICITANTE

Nombre: _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

String File.....

REPRESENTANTE (a) REPRESENTANTE LEGAL (b) MADRE/ PADRE (c)

GUARDA DE HECHO^(d) DEL SOLICITANTE (marque según el caso)

Nombre: _____

Primer apellido: _____ **Segundo apellido:** _____

DNI _____ **Teléfono** _____

- (a) Si la representación es sólo para tramitar esta ayuda, bastará con firmar este formulario por la persona solicitante y por quien actúe de representante.

- (b) Si la persona solicitante está sujeta a **medidas judiciales**, la solicitud la firmará el tutor, curador, defensor judicial acreditando su representación mediante resolución judicial, que se adjuntará a la solicitud. Asimismo, el apoderado y el representante que actúe en nombre de una entidad aportarán el documento notarial correspondiente.

- (c) Si la persona solicitante es menor de edad no emancipada, la solicitud la firmará la madre o el padre, acreditando su representación mediante copia del libro de familia, que se adjuntará a la solicitud.

- (d) *El guardador/a de hecho* declara bajo su responsabilidad que asiste/apoya a la persona solicitante con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica, a los efectos de tramitar esta solicitud. La solicitud la firmará el guardador/a de hecho.

DATOS BANCARIOS (marque la opción que corresponda)

1.- Habiendo sido con anterioridad beneficiario/a de estas ayudas, solicito su abono en la misma cuenta

2.- Solicito que el abono de la ayuda se efectúe en la siguiente cuenta bancaria de la que soy titular

(Si ha marcado la opción 2, DEBE llenar los datos del IBAN y APORTAR copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria)