

ANEXO II

SOLICITUD DE AYUDAS PARA FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS FINANCIADOS

Don/Doña

DNI/NIE

Con domicilio en:

CP Localidad:

Teléfono e_mail

EN NOMBRE PROPIO EN REPRESENTACIÓN DE*

Don/Doña

DNI/NIE

Con domicilio en:

CP Localidad

Teléfono e_mail

***En estos casos se deberá presentar el DNI/NIE del representado.**

DECLARA:**

- Que es TITULAR de la tarjeta sanitaria CIPNA
- Que se encuentra en los tramos de renta definidos en la OF 498E/2017, de 22 de junio, de ayudas para facilitar la adherencia a los tratamientos médicos financiados.

Menos de 6000 € Entre 6001 y 18000 €

- Que se encuentra al corriente de las obligaciones con la Hacienda Foral de Navarra.
- Que no recibe otras ayudas económicas con la misma finalidad.
- Que cumple con el resto de requisitos contemplados en la Ley Foral 11/2005 de Subvenciones.

**** De acuerdo con el artículo 5.3 de la Orden Foral 498E/2017, de 22 de junio, del Consejero de Salud, el órgano gestor verificará ante el organismo correspondiente lo expuesto en su declaración.**

AUTORIZA al órgano gestor que recabe de la Hacienda Tributaria de Navarra la información del número de cuenta bancaria que conste en la última declaración del I.R.P.F. presentada, así como cualquier otra información necesaria para verificar que tiene derecho a esta subvención. Esta información se utilizará exclusivamente en la tramitación de las ayudas reguladas por la Orden Foral 498E/2017, de 22 de junio, del Consejero de Salud.

SOLICITA: El abono de las cantidades subvencionadas en la siguiente cuenta para el/la titular y todos sus beneficiarios***

TITULAR DE LA CUENTA:

DNI/NIE TITULAR DE LA CUENTA:

Nº DE CUENTA: / / /

IBAN Entidad Oficina DC

Libreta

DOCUMENTOS APORTADOS:

Tiques originales o factura original de compra de la farmacia y volante de instrucciones al paciente de la receta (en el caso de recetas en papel o recogidas en farmacias de fuera de la Comunidad Foral de Navarra, o que hayan sido prescritas por médicos de otros servicios públicos de salud en virtud de Convenios entre Administraciones sanitarias limítrofes).

Tiques originales o factura original de compra de la farmacia y copia de la receta en el caso de MUFACE, ISFAS o MUGEJU que hayan optado por la asistencia pública en el SNS-O.

Enade20.....

Firma

*****En el caso de beneficiarios mayores de edad, estos deberán acompañar la solicitud con su firma**

Beneficiario 1:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 5:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 2:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 6:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 3:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 7:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 4:

CIPNA:

Firma

Beneficiario 8:

CIPNA:

Firma