MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AYUDA PARA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		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	Nombre y Apellidos de la persona a quien debe dirigirse la notificación, si es distinto del titular		
	Calle y Número	Código Postal y Localidad	Provincia

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "El mismo")	N.I.F.

- ☐ ATENCIÓN RESIDENCIAL.
- ☐ ATENCIÓN EN CENTRO DE DÍA O DE NOCHE.
- ☐ SERVICIO DE ASISTENCIA A DOMICILIO
- ☐ SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- ☐ AYUDA TRANSITORIA POR NO DISPONER DEL PIA

AYUDAS ECONÓMICAS ADICIONALES A LAS SIGUIENTES PRESTACIONES DEL SAAD

- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR
- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ASISTENCIA PERSONAL
- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA LIGADA AL SERVICIO DE ASISTENCIA A DOMICILIO

DATOS PARA EL PAGO

(No cumplimentar en el caso de servicios de asistencia a domicilio y de teleasistencia a través de los medios contratados por ISFAS de una empresa especializada)

BANCO O CAJA	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA O LIBRETA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.

b) ☐ Que no he solicitado ni percibo por el mismo objeto, ayudas de otros Organismos Públicos distintos del SAAD.

☐ Que sí recibo ayudas de otros Organismos distintos del SAAD

Especificar:

Y **SOLICITO** la prestación indicada en la cuantía que corresponda.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE
(en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante)

_____, a ____ de _____ de _____

(En caso de presentación en Órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Cada impreso sólo es utilizable para un beneficiario.
Ejemplar para el ISFAS

SP- 19.1.1.1

INFORMACIÓN TELEFÓNICA PERMANENTE: **900 504 326**

MINISTERIO DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

EXPEDIENTE DE AYUDA PARA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU Nº DE AFILIACIÓN.

S O L I C I T U D

Número de Afiliación **28/7**	**DATOS DEL TITULAR**		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	Nombre y Apellidos de la persona a quien debe dirigirse la notificación, si es distinto del titular		
	Calle y Número	Código Postal y Localidad	Provincia

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "El mismo")	N.I.F.

- ☐ ATENCIÓN RESIDENCIAL.
- ☐ ATENCIÓN EN CENTRO DE DÍA O DE NOCHE.
- ☐ SERVICIO DE ASISTENCIA A DOMICILIO
- ☐ SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- ☐ AYUDA TRANSITORIA POR NO DISPONER DEL PIA

AYUDAS ECONÓMICAS ADICIONALES A LAS SIGUIENTES PRESTACIONES DEL SAAD

- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR
- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ASISTENCIA PERSONAL
- ☐ PRESTACIÓN ECONÓMICA LIGADA AL SERVICIO DE ASISTENCIA A DOMICILIO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- *El plazo para tramitar el procedimiento de la primera solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.*
- *Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido notificación de la resolución citada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de desestimación de la petición, a los solos efectos de que, si se desea, pueda interponerse el correspondiente recurso de alzada ante la Ministra de Defensa.*
- *En el supuesto de renovación de estas prestaciones, el plazo para tramitar el procedimiento es de tres meses, si en este plazo no se ha recibido notificación de la resolución dictada, los efectos del silencio administrativo son positivos, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.*

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

- 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.
- Los datos podrán ser comunicados a los órganos y unidades del 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.

Ejemplar para sellar y devolver al interesado (Artículo 42 y 70 de la Ley 30/92, modificada por la Ley 4/1999). ***SP- 19.1.1.2***

INFORMACIÓN TELEFÓNICA PERMANENTE: **900 504 326**

MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

AYUDAS PARA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- Tendrán acceso a las ayudas del ISFAS para Atención a la Dependencia los titulares y beneficiarios a los que les haya sido reconocida la situación de dependencia por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con arreglo a lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el grado y nivel exigible en cada caso, y dispongan del Programa Individual de Atención (PIA) establecido por el servicio social correspondiente de cada Comunidad Autónoma o, en su caso del IMSERSO, que determine el servicio y modalidad de ayuda que más se adecua a las necesidades del interesado.
- Los solicitantes de alguna de estas ayudas en su modalidad transitoria, solo precisan acreditar su situación de dependencia, quedando obligados a presentar el PIA en un plazo máximo de 15 días desde su expedición y comunicación al interesado.
- Para ser acreedor a las ayudas para Atención Residencial, se precisa alcanzar una valoración de gran dependencia o dependencia severa, niveles 2 ó 1. Para el resto de las ayudas una valoración de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles y, en todos los casos, un PIA compatible con la ayuda solicitada.
- Estas ayudas son incompatibles entre sí, salvo los servicios de teleasistencia que pueden compatibilizarse con los de asistencia a domicilio y las ayudas para Atención en Centros de día o de noche. Son asimismo incompatibles con ayudas de análogo fin reconocidas por el ISFAS al amparo de la Instrucción 4B0/19544/2009, de 2 de diciembre, y con las prestaciones por discapacidad o por discapacidad/invalidez del ISFAS, a extinguir.
- En el caso de solicitudes de servicios de asistencia a domicilio y/o teleasistencia, la residencia habitual del interesado deberá encontrarse en alguna de las provincias en que se preste el servicio por alguna empresa concertada con el ISFAS.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- En todos los casos, Certificación de la valoración de la situación de Dependencia, con expresión del Grado y Nivel reconocidos, y Plan Individual de Atención (PIA) establecido por los servicios sociales correspondientes al ámbito de la residencia habitual del interesado, que determine la modalidad de intervención que más se adecua a las necesidades de la persona dependiente y, en su caso la cuantificación de la ayuda reconocida por el SAAD.
  De no contar con el PIA y solicitar una modalidad de ayuda transitoria, certificación del servicio social correspondiente que acredite que el PIA está pendiente de expedición por causas no imputables al interesado.
- Para solicitudes de ayudas para Atención Residencial, Atención en Centros de día o de noche, o ayudas adicionales a servicios prestados por el SAAD, o para asistencia personal, facturas originales del centro asistencial o del cuidador profesional, que cumplan los requisitos legales. Si se desea una copia sellada, preséntese fotocopia junto con los originales.
- Para solicitudes de servicios de asistencia a domicilio, ayudas transitorias o ayudas por Atención Residencial para facilitar la agrupación familiar, autorización firmada por el interesado y todos los miembros de su Unidad Familiar, para recabar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria la necesaria información para conocer su capacidad económica. Para el País Vasco y Navarra, o de no aportarse la citada autorización, copia de la declaración del IRPF, Modelo de devolución del exceso de ingresos a cuenta o certificado de imputaciones de renta en caso de no tener que declarar, de todos los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, todos ellos referidos al periodo impositivo anterior en dos años al de la solicitud. En cualquier caso, Declaración de pensiones o prestaciones percibidas por la Unidad Familiar de otros regímenes públicos de protección social distintos del ISFAS, que tengan el carácter de exentas, o no estén sujetas al IRPF, y autorización para realizar verificaciones o consultas necesarias con las Administraciones Públicas competentes.
- En caso de existir cónyuge o conviviente que no conste en el ISFAS, copia del Libro de Familia o Certificado del Registro Civil o documento que acredite la convivencia. Su identidad se acreditará mediante exhibición del DNI o NIE, o mediante comprobación por el ISFAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, previa autorización de los interesados.

DECLARACIÓN DE PENSIONES o PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF

(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., **Nº de afiliación al ISFAS:**.....

DECLARO bajo mi responsabilidad que, durante el ejercicio de 2008, tanto yo como otros miembros de mi unidad familiar (*) hemos percibido las siguientes pensiones o prestaciones, incluidas en la acción protectora de cualquier régimen público de protección social distinto del ISFAS, que tienen el carácter de exentas o no están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Por los conceptos en que no haya percibido cantidad alguna, anote "0"):

PENSIONES O PRESTACIONES ECONÓMICAS	ENTIDAD PAGADORA	Importe (euros)
Pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez de la Seguridad Social, contributivas o no contributivas, o equivalentes del Régimen de Clases Pasivas del Estado.		
Prestaciones de gran invalidez.		
Pensiones extraordinarias de invalidez, viudedad u orfandad, por actos de terrorismo.		
Pensiones de orfandad.		
Prestaciones por hijo o menor acogido a cargo discapacitado con complemento de tercera persona.		
Pensiones generadas y devengadas en el extranjero.		
Prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia.		

(*) Se considera Unidad Familiar la constituida por el titular, las personas incluidas en su documento de afiliación y, en todo caso, el cónyuge o conviviente aunque no esté incluído en el campo de aplicación del Régimen Especial de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas.

A estos efectos, se deberán acompañar certificaciones relativas a los ingresos percibidos en el año 2008, de organismos distintos del ISFAS, exentos del IRPF. Este requisito no será necesario para renovaciones posteriores.

Para todos los solicitantes, hayan percibido o no pensiones o prestaciones exentas del IRPF:

- El/los abajo firmante/s autoriza/n al ISFAS para realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

En....., a..... de ..... de 20 ..

Firma del titular:

Firma de los otros miembros de la unidad familiar (consignar nombre y apellidos y DNI):

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Los datos contenidos en esta Declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.

Autorización para solicitar datos económicos a la AEAT

La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Social de las Fuerzas Armadas a solicitar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria los datos del **Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, de pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas, del ejercicio correspondiente** que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir y mantener la ayud solicitada por el afiliado indicado a continuación.

La presente autorización se otorga a efectos del **reconocimiento, seguimiento y control** de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, General Tributaria, que permite previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las AA.PP., para el desarrollo de sus funciones.

Titular y /o representante de beneficiarios: **Firmas**

Número de afiliación:

Código de expediente:

Apellidos y nombre: N.I.F:

Beneficiarios mayores de 18 años que también prestan autorización

Cónyuge /conviviente (Excepto defunción, los datos deberán cumplimentarse en todo caso)

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre: N.I.F:

Nº orden:

, a de de

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.