

*Espacio reservado para la Administración.*

## Solicitud de Reintegro de Gastos por Material Ortoprotésico. Sillas de Ruedas

### Prestación Solicitada *(Señalar lo que proceda)*

Reintegro de Gastos: Material Ortoprotésico. Sillas de Ruedas

### Datos del Beneficiario/a - Usuario/a

<i>Primer Apellido:</i>	<i>Segundo Apellido:</i>	<i>Nombre</i>	<i>DNI-NIF :</i>
<i>Nº Tarjeta Sanitaria - C I P:</i>	<i>Domicilio (calle, número, piso, puerta)</i>		
<i>Localidad:</i>	<i>Municipio:</i>	<i>Código Postal:</i>	<i>Provincia:</i>
<i>Teléfono 1:</i>	<i>Teléfono 2:</i>	<i>Correo electrónico:</i>	

### Datos del Representante Legal *(En usuario/a menor de edad padre-madre, o en otros casos tutor legal)*

<i>Primer Apellido:</i>	<i>Segundo Apellido:</i>	<i>Nombre</i>	<i>DNI-NIF :</i>
<i>Parentesco con el Beneficiario/a:</i>	<i>Teléfono/s:</i>	<i>Correo electrónico:</i>	

### Fundamento/s de la petición *(Indicar el hecho o circunstancia en el que se basa la solicitud)*

--

### Descripción material ortoprotésico

--

Fecha: .....

Firmado

Nombre y apellidos:.....

NOTA: SE ADJUNTAN LOS DOCUMENTOS DETALLADOS EN HOJA ANEXA.

**Solicitud de Reintegro de Gastos por Material Ortoprotésico.  
Sillas de Ruedas  
Anexo de Documentación**

**Documentación que se aporta** *(Señalar lo que proceda)*

	Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda.
	Fotocopia del DNI del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda. Y Fotocopia del DNI, del Representante legal o Tutor, en caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as.
	Fotocopia del Libro de Familia, en caso de beneficiarios menores de edad.
	Fotocopia de documento de aceptación de tutoría, en caso de beneficiarios incapacitados o discapacitados cuya patria potestad ha sido prorrogada o rehabilitada.
	Hoja de Prescripción del Material Ortoprotésico, firmada y sellada por el facultativo prescriptor.
	Informe de Especial Prescripción, para aquellos artículos que así lo requieran según el catálogo de material ortoprotésico vigente del Servicio Extremeño de Salud.
	ORIGINALES de facturas acreditativas de los gastos ocasionados, sellada y firmada por la oficina de farmacia u ortopedia correspondiente, a nombre del beneficiario.
	Documento ALTA a TERCEROS del SES a nombre del beneficiario o representante legal en su caso. Debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria correspondiente.

**RELACIÓN / DETALLE DE FACTURAS APORTADAS**

Fecha de Factura	Descripción del Material Ortoprotésico	Importe en euros