

*Espacio reservado para la Administración.*

## Solicitud de Reintegro de Gastos por Desplazamientos y Estancias

Datos del Beneficiario/a - Usuario/a			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre	DNI-NIF :
Nº Tarjeta Sanitaria - C I P:	Domicilio (calle, número, piso, puerta)		
Localidad:	Municipio:	Código Postal:	Provincia:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Correo electrónico	
Datos del Representante Legal (En usuario/a menor de edad padre-madre, o en otros casos tutor legal)			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre	DNI-NIF :
Parentesco con el Beneficiario/a:	Teléfono/s:	Correo electrónico	
Datos del Desplazamiento (Para el que se solicita la ayuda)			
Localidad de Origen:	Provincia de Origen:	Localidad de Destino:	Provincia de Destino:
Hospital o Centro Sanitario de Destino:		Medio de Transporte utilizado:	Acompañante: <b>SI</b> <b>NO</b>
Observaciones (especificar los días de desplazamiento y/o estancia)			

Fecha: .....

Firmado      Nombre y apellidos: .....

NOTA: SE ADJUNTAN LOS DOCUMENTOS DETALLADOS EN HOJA ANEXA.

<b>Solicitud de Reintegro de Gastos por Desplazamientos y Estancias</b> <b>Anexo de Documentación</b>
--

Documentación que se aporta <i>(Señalar lo que proceda)</i>	
	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.
	Justificante ORIGINAL del centro sanitario donde se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado o ha recibido asistencia ambulatoria. (Justificante original de la asistencia sanitaria prestada).
	ORIGINALES de billetes de tren y/o autobús utilizados en el trayecto por el paciente y, en su caso, acompañante.
	ORIGINALES de facturas de los gastos de alojamiento y manutención del paciente y, en su caso, acompañante.
	Copia de la orden de asistencia en vigor, donde deberá figurar: si se precisa acompañante, que debe ser indicado de forma expresa por el correspondiente médico.
	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 concepto facturado	Importe en euros