

Espacio reservado para la Administración.

OXIGENOTERAPIA CON CONCENTRADOR

Solicitud de Compensación de Gastos de Electricidad a Personas en Tratamiento de Oxigenoterapia con Concentrador

Datos Identificativos del Paciente – Usuario

<i>Primer Apellido:</i>	<i>Segundo Apellido:</i>	<i>Nombre</i>	<i>N I F:</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>N I F:</i>
<i>Parentesco con el Beneficiario/a:</i>	<i>Teléfono/s:</i>	<i>Correo electrónico</i>	

<i>Fecha de inicio del tratamiento:</i>	
---	--

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

	Fotocopia del DNI/NIF del Paciente-Usuario para el que se solicita la ayuda y, en caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante legal o tutor.
	Fotocopia del Libro de Familia o documento de aceptación de tutoría cuando el beneficiario sea menor de edad o incapacitado o discapacitado, respectivamente.
	Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda.
	Fotocopia del Informe del Médico Prescriptor de oxigenoterapia domiciliaria
	Fotocopia de la Ficha de Instalación.
	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.

Fecha.....

Firmado: Nombre y apellidos:.....