



Espacio reservado para la Administración.

## Solicitud de Reintegro por Desplazamientos y Estancias

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

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre	N I F:
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, incapacitado/a y discapacitado/a)

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre	N I F:
Parentesco con el usuario/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: SI      NO

### Observaciones (especificar los días de desplazamiento y/o estancia)

--

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

<input type="checkbox"/>	Copia compulsada del NIF del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda y, en caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante legal o tutor.
<input type="checkbox"/>	Copia compulsada del Libro de Familia o de Sentencia Judicial de incapacitación y aceptación de tutoría cuando el beneficiario sea menor de edad o incapacitado, respectivamente.
<input type="checkbox"/>	Copia de la Tarjeta Sanitaria Individual del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	ORIGINALES de billetes de tren y/o autobús utilizados en el trayecto por el paciente y, en su caso, acompañante.
<input type="checkbox"/>	ORIGINALES de facturas de los gastos de alojamiento y manutención del paciente y, en su caso, acompañante.
<input type="checkbox"/>	Documento ALTA A TERCEROS del SES. Debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria correspondiente.

Firmado:                      Fecha.....

Nombre y apellidos:.....

Remitir debidamente cumplimentado a:

**GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE LLERENA-ZAFRA - Servicio de Prestaciones Sanitarias**  
Avenida de Badajoz s/n, 06900 Llerena (Badajoz)