



*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. Padre, Madre o Tutor (En usuario/a menor de edad) |                          |                           |               |
|--|--------------------------|---------------------------|---------------|
| <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> |  |
|---|--|

..... de.....de 20.....

Firmado:            Nombre y apellidos: .....

**DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA:**

- Fotocopia del NIF del paciente – usuario.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del pacientes – usuario.
- Fotocopia del informe del Médico Prescriptor de oxigenoterapia domiciliaria.
- Original Modelo Alta a Terceros del **Servicio Extremeño de Salud**, sellado por la entidad bancaria.