

ANEXO IV

SOLICITUD DE AYUDAS DE PRÓTESIS, ORTODONCIAS Y OTROS

(Utilice una solicitud de ayuda para cada tipo de ayuda y destinatario)

2

SOLICITANTE

APELLIDOS:	NOMBRE:	NIF:
DOMICILIO:		
CATEGORÍA:	SERVICIO:	
CENTRO DE TRABAJO	TELÉFONO CENTRO TRABAJO EXT.:	
<input type="checkbox"/> ESTATUTARIO PROPIETARIO <input type="checkbox"/> ESTATUTARIO INTERINO EN PLAZA VACANTE <input type="checkbox"/> ESTATUTARIO EN SUSTITUCIÓN DEL TITULAR <input type="checkbox"/> PERSONAL NO SANITARIO CON CONTRATACIÓN ANTERIOR AL AÑO 1995		

TIPO DE AYUDA	<input type="checkbox"/> ORTOPÉDICAS
	<input type="checkbox"/> SILLAS MINUSVÁLIDOS
	<input type="checkbox"/> DENTARIAS
	<input type="checkbox"/> OCULARES
	<input type="checkbox"/> AUDÍFONOS

CAUSANTE

APELLIDOS Y NOMBRE	PARENTESCO

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

1.	4.
2.	5.
3.	6.

DECLARACIÓN SOBRE INCOMPATIBILIDADES

Declaro que no he percibido ayuda similar de entidad o mutualidad pública o privada de acuerdo con las Bases de la Ayuda solicitada.	
En caso contrario declaro que la ayuda percibida es de	€
Mi cónyuge o pareja de hecho es personal estatutario del SESCAM:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
(Aporto certificado del Centro en que presta servicios de no percibir esta ayuda).	

En _____, a _____ de _____ 20__

FIRMA DEL SOLICITANTE