

Datos a efectos de notificación y comunicación:

Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____

Código Postal: Municipio: _____

Territorio Histórico: _____ País: _____

Correo Electrónico: _____

Relación de documentos que acompañan a la solicitud:

- Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.
- Copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria (solo en el caso de datos bancarios 2).
- Recetas del Servicio Público de Salud u hoja de tratamiento activo.
- Tickets originales o factura original de la oficina de farmacia.
- (Solo para las clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU) Documentación que acredita la condición de clase pasiva, certificado de empadronamiento en un municipio de la CAE, y copia de la declaración de IRPF liquidada en los ejercicios 2016 y 2017.

Consentimientos:

Autorizo al órgano gestor de esta convocatoria para que se comprueben, constaten o verifiquen en la administración competente los siguientes datos, tanto por medios electrónicos como por medios que estén disponibles:

- Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegurado
- Datos relativos a los ingresos (declaración IRFP o certificado de no estar obligado a su realización)
- Datos relativos a la situación legal de desempleo y a la condición de perceptor de la Renta de Garantía de Ingresos
- Datos relativos al reconocimiento de la asistencia sanitaria en el caso de personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud (Decreto 114/2012, de 26 de junio)

Declaraciones Responsables:

Declaraciones de compatibilidad

Declaro que estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o entidades privadas:

NO SI Importe _____ €. En concepto de _____

Otras declaraciones:

Declaro que

- No he recibido ninguna sanción, penal o administrativa, que me imposibilite obtener subvenciones o ayudas públicas.
- No estoy incurso/a en ninguna prohibición legal que me inhabilite para obtener subvenciones o ayudas públicas, con mención expresa a las que se hayan producido por discriminación de sexo.
- No estoy incurso/a en ningún procedimiento de reintegro o sancionador que, habiéndose iniciado en el marco de ayudas o subvenciones de la misma naturaleza concedidas por la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y sus organismos autónomos, se halle todavía en tramitación o ha terminado el mismo.
- Cumplo con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudas.
- Los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que la acompañan son verdaderos.

Protección de Datos de carácter personal:

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos que Vd. aporta serán incluidos en el fichero automatizado denominado "Ayudas de Adherencia" cuya finalidad es la gestión de las ayudas reguladas por el Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se regulan ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos.

El fichero está bajo la responsabilidad de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, pudiendo ejercitar ante la misma los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en las siguientes direcciones: C/ Donostia-San Sebastián, 1. 01010 Vitoria-Gasteiz.

Los datos facilitados no serán objeto de cesión a terceras personas u organizaciones y se circunscribe al uso exclusivo de la gestión de las ayudas a las personas solicitantes por el Departamento de Salud.

En _____, a ____ de _____ de 2018

Firmado: _____ (solicitante) Firmado: _____ (representante*)