GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE REINTEGRAMENT DE GASTOS DE TRASLLAT I DIETES

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE TRASLADO Y DIETAS

A DADES PERSONALS / *DATOS PERSONALES*

COGNOMS DE L'ASSEGURAT / *APELLIDOS DEL ASEGURADO*	NOM / *NOMBRE*	DNI	NÚM. AFILIACIÓ / *Nº AFILIACIÓN*

COGNOMS DEL MALALT / *APELLIDOS DEL ENFERMO*	NOM / *NOMBRE*	DNI	EDAT / *EDAD*	PARENTIU / *PARENTESCO*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*

B DADES DEL TRASLLAT / *DATOS DEL TRASLADO*

DES DE / *DESDE*	FINS A / *HASTA*

MITJÀ DE TRANSPORT / *MEDIO DE TRANSPORTE*

☐ Taxi ☐ Ambulància / *Ambulancia* ☐ Mitjà ordinari / *Medio ordinario* ☐ Vehicle propi / *Vehículo propio*

EL TRANSPORT CORRESPON A / *EL TRANSPORTE CORRESPONDE A*

☐ Diàlisi / *Diálisis* ☐ Rehabilitació / *Rehabilitación* ☐ Radioteràpia / *Radioterapia* ☐ Quimioteràpia / *Quimioterapia* ☐ Consultes externes / *Consultas externas* ☐ Altres: / *Otros:* _____

C SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

El sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud, i la conformitat amb el que establix la legislació vigent / *El solicitante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.*

_____ , _____ d _____ del _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

D DADES CLÍNIQUES (per a omplir pel centre sanitari) / *DATOS CLÍNICOS (a rellenar por el centro sanitario)*

DIAGNÒSTIC, INFORME, INDICANT L'ESTAT GENERAL DEL PACIENT I MOTIUS PER QUÈ NECESSITA MITJANS EXTRAORDINARIS DE TRANSPORT
DIAGNÓSTICO, INFORME, INDICANDO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y MOTIVOS POR LOS QUE NECESITA MEDIOS EXTRAORDINARIOS DE TRANSPORTE

NECESSITA TRASLLADAR-SE EN / *NECESITA TRASLADARSE EN*	HA ASSISTIT ELS DIES (DIA A DIA) / *HA ASISTIDO LOS DÍAS (DÍA A DÍA)*	TOTAL
☐ Taxi ☐ Ambulància / *Ambulancia* ☐ Amb acompanyant / *Con acompañante*		

_____ , _____ d _____ del _____

El cap del servei o secció / *El jefe de servicio o sección*

Firma i segell:
Firma y sello: _____

Núm. col·legiat:
Nº colegiado: _____

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

CHAP - IAC

DIN - A4

DIRECCIÓ TERRITORIAL DE SANITAT DE
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD DE _____

12/09/11

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE REINTEGRAMENT DE GASTOS DE TRASLLAT I DIETES

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE TRASLADO Y DIETAS

A DADES PERSONALS / *DATOS PERSONALES*

COGNOMS DE L'ASSEGURAT / *APELLIDOS DEL ASEGURADO*	NOM / *NOMBRE*	DNI	NÚM. AFILIACIÓ / *Nº AFILIACIÓN*

COGNOMS DEL MALALT / *APELLIDOS DEL ENFERMO*	NOM / *NOMBRE*	DNI	EDAT / *EDAD*	PARENTIU / *PARENTESCO*

DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*	CP

LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*	CORREU ELECTRÒNIC / *CORREO ELECTRÓNICO*

B DADES DEL TRASLLAT / *DATOS DEL TRASLADO*

DES DE / *DESDE*	FINS A / *HASTA*

MITJÀ DE TRANSPORT / *MEDIO DE TRANSPORTE*

☐ Taxi ☐ Ambulància / *Ambulancia* ☐ Mitjà ordinari / *Medio ordinario* ☐ Vehicle propi / *Vehículo propio*

EL TRANSPORT CORRESPON A / *EL TRANSPORTE CORRESPONDE A*

☐ Diàlisi / *Diálisis* ☐ Rehabilitació / *Rehabilitación* ☐ Radioteràpia / *Radioterapia* ☐ Quimioteràpia / *Quimioterapia* ☐ Consultes externes / *Consultas externas* ☐ Altres: / *Otros:* _____

C SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

El sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud, i la conformitat amb el que establix la legislació vigent / *El solicitante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.*

_____ , _____ d _____ del _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

D DADES CLÍNIQUES (per a omplir pel centre sanitari) / *DATOS CLÍNICOS (a rellenar por el centro sanitario)*

DIAGNÒSTIC, INFORME, INDICANT L'ESTAT GENERAL DEL PACIENT I MOTIUS PER QUÈ NECESSITA MITJANS EXTRAORDINARIS DE TRANSPORT
DIAGNÓSTICO, INFORME, INDICANDO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y MOTIVOS POR LOS QUE NECESITA MEDIOS EXTRAORDINARIOS DE TRANSPORTE

NECESSITA TRASLLADAR-SE EN / *NECESITA TRASLADARSE EN*	HA ASSISTIT ELS DIES (DIA A DIA) / *HA ASISTIDO LOS DÍAS (DÍA A DÍA)*	TOTAL
☐ Taxi ☐ Ambulància / *Ambulancia* ☐ Amb acompanyant / *Con acompañante*		

_____ , _____ d _____ del _____

El cap del servei o secció / *El jefe de servicio o sección*

Firma i segell:
Firma y sello: _____

Núm. col·legiat:
Nº colegiado: _____

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CHAP - IAC

DIN - A4

DIRECCIÓ TERRITORIAL DE SANITAT DE
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD DE _____

12/09/11

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD DE REINTEGRAMENT DE GASTOS DE TRASLLAT I DIETES

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE TRASLADO Y DIETAS

E INSTRUCCIONS / *INSTRUCCIONES*

a) La sol·licitud ha de ser firmada per l'assegurat
b) A esta sol·licitud s'acompanyarà:
- Factura del mitjà de transport utilitzat
- Si és la seua primera sol·licitud, model de domiciliació bancària a nom del titular del compte bancari
- Si hi ha sol·licituds anteriors, fotocòpia de la cartilla del banc on consten els codis de l'entitat bancària, sucursal i compte
- Si hi ha un canvi de dades bancàries, haurà d'aportar nou model de Domiciliació Bancària
- En els casos d'urgència i ingrés hospitalari, justificant mèdic de la urgència, en què s'ordena el trasllat amb indicació del mitjà de transport utilitzat
- L'apartat de Dades Clíniques l'omplirà el centre sanitari on vosté acudisca

a) La solicitud ha de ser firmada por el asegurado
b) *A esta solicitud se acompañará:*
- *Factura del medio de transporte utilizado*
- *Si es su primera solicitud, modelo de Domiciliación Bancaria a nombre del titular de la cuenta bancaria*
- *Si hay solicitudes anteriores, fotocopia de la cartilla del banco donde consten los códigos de la entidad bancaria, sucursal y cuenta*
- *Si hay un cambio de datos bancarios, deberá aportar nuevo modelo de Domiciliación Bancaria*
- *En los casos de urgencia e ingreso hospitalario, justificante médico de la urgencia, ordenando el traslado con indicación del medio de transporte utilizado*
- *El apartado de Datos Clínicos lo cumplimentará el centro sanitario donde Ud. acuda*

CHAP - IAC

DIN - A4