

ANEXO A

LIQUIDACIÓN DE GASTOS DE LOCOMOCIÓN- MENSUAL (Programa Compañía - Convenio SES-AFAL)

A RELLENAR POR EL PACIENTE:

D/D. ^a :		- Teléfono de contacto:	
Con domicilio en :		- Dirección:	
y DNI nº:	e-mail:		
Hospital de Referencia (Extremadura):			
Hospital de Tratamiento (otra CC.AA):			
Localidad de Origen (domicilio paciente):			
Localidad de Destino (otra CC.AA):			
Mes de Desplazamiento:		Día/s de desplazamiento/s:	
Con el objeto de:			

Los gastos realizados han sido los siguientes:

A RELLENAR POR LA ASOCIACIÓN AFAL

MEDIO DE LOCOMOCIÓN:		
Nº Kilómetros recorridos por despl.:	€ por Desplazamiento:	
Kms.:	Coste Km: 0,15 €/Km.	Nº Desplazamientos:
IMPORTE TOTAL LOCOMOCIÓN: €		

IMPORTE TOTAL GASTOS (locomoción): €

En _____, a _____ de _____ de 2017.

RECIBÍ (firma del perceptor)

FIRMA PACIENTE O TUTOR SI ES MENOR CONFORME CON LA LIQUIDACIÓN PRACTICADA

(A.F.A.L.)

La presentación de este modelo ha de llevar aparejada la aportación de los documentos justificativos.

LIQUIDACIÓN EFECTUADA Y RELLENADA POR A.F.A.L.

ANEXO B

MODELO DE SOLICITUD DE AYUDA PARA EL AÑO 2017-ANUAL.

A RELLENAR POR EL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: _____ con DNI: _____, domicilio en
laC/Avda./Plaza: _____ Localidad : _____
y teléfono de contacto: _____

EXPONE:

Que siendo paciente que se acoge al Convenio de Colaboración entre el S.E.S (Servicio Extremeño de Salud) y A.F.A.L. (Asociación Extremeña de ayuda a las familias afectadas por la Leucemia, Linfomas, Mielomas, Aplasias y Programa Compañía) para el desarrollo de un programa de mejora de la atención sanitaria y sociosanitaria para pacientes y familiares que precisen asistencia fuera de la Comunidad Autónoma de Extremadura y, dado que el objeto del Convenio es el traslado de los pacientes afectados y sus familiares desde Extremadura hasta otras Comunidades Autónomas en donde se presten los distintos procesos terapéuticos que conlleven las patologías que padezcan,

SOLICITA:

La ayuda que A.F.A.L. concede a los pacientes afectados por las distintas patologías recogidas en el programa, por la cuantía máxima que pudiera corresponderle para su traslado y el de sus acompañantes a otras Comunidades Autónomas para la realización de tratamientos que no se prestan en el Servicio Extremeño de Salud, q serán abonadas en el siguiente nº de cuenta a lo largo del año 2016 (Titular: paciente, o cotitular si es menor):

IBAN: _____ **Entidad:** _____ **Oficina:** _____ **D.C:** _____ **Nº de Cuenta:** _____

Firma Paciente o Tutor si es menor:

En _____, a _____ de _____ de 2017.

Deberá completarse la **solicitud** con los siguientes datos conforme al Anexo A:

- ✓ Nombre del paciente
- ✓ Fecha del desplazamiento. Día/s y Mes.
- ✓ Hospital de Referencia
- ✓ Hospital de Tratamiento
- ✓ Localidad Origen (domicilio del paciente)
- ✓ Localidad Destino
- ✓ Número de Kilómetros a rellenar por AFAL.
- ✓ Medio de transporte utilizado

Documentación a aportar:

- Anexo A – MENSUAL- y Anexo B –ANUAL: SÓLO UNO PARA TODO EL AÑO - **debidamente cumplimentado y firmados**
- Petición de orden de Asistencia del SES a otros Centros de Referencia.- -Justificante/s del hospital de destino-Hospitales de Madrid, Salamanca, Córdoba, Valencia...-, (uno por cada día de desplazamiento)
- Justificante/s del hospital de Consulta/tto. – uno por cada día de desplazamiento-.
- Declaración jurada del paciente – o tutor si es menor - de no solicitar ayudas a instituciones públicas para el mismo fin. ANUAL – sólo uno para todo el año-.

DECLARACIÓN JURADA

Año 2017

D/Dña....., con
DNI....., domicilio en la
Calle..... nº de
.....,CP.....,Tlf.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que como paciente o tutor/ra legal del paciente que abajo se indica, estoy/está siendo atendido/a por el Servicio Extremeño de Salud, así mismo no solicitaré en mi nombre ni de terceros, prestaciones a otras Instituciones Públicas, que tengan la misma finalidad que las ayudas recibidas por AFAL y Programa Compañía.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en (Localidad)..... a de de 2017.

Firma:

Fdo.- D/Dña.....

* En caso de que el paciente sea menor de edad, los datos anteriores serán rellenados por el Tutor/ra legal del mismo y solo en este apartado el nombre del menor:.....



ASOCIACIÓN EXTREMEÑA A.F.A.L., Y PROGRAMA COMPAÑÍA

C/ Villamesías,3- Apdo. de Correos: 120

Tlf.-924/330825 y 659/848257

N.I.F.-G06219075

06800-Mérida

FAX. 924 38 70 51

www.asociacionafal.com

info@asociacionafal.com

A los efectos de lo establecido en la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, La Asociación Extremeña A.F.A.L, le informa que los datos personales que nos faciliten serán incorporados y tratados bajo nuestra responsabilidad en ficheros debidamente inscritos en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, necesarios para la correcta gestión de las ayudas que reciban, e imprescindibles para la prestación de nuestros servicios y en cada caso prestar la debida atención psicológica.

Tan solo se recabarán los datos estrictamente necesarios para las finalidades descritas. Estos son facultativos y pero sin ellos no podremos proceder a realizar el servicio solicitado.

Sus datos identificativos, las ayudas que reciba y los costes que genere su atención, serán cedidos a la Junta de Extremadura, más concretamente a las Consejerías con competencia en la materia siempre dentro de los acuerdos establecidos con esta administración, para poder justificar los costes soportados por la Asociación.

Usted, tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de la información que le concierne. Estos derechos, podrán hacerlos efectivos mediante comunicación por escrito acompañada de su DNI ante el responsable en c/ Villamesías, 3, 06800 Mérida.

Si es usted mayor de 14 años, necesitamos su autorización para que su padre/madre o tutor legal, tenga acceso a su documentación. No Autorizo.

Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo con el mismo en los apartados señalados. Soy consciente de que puedo solicitar cuanta información considere necesaria. Manifiesto saber que en cualquier momento y sin tener que dar ninguna explicación. puedo revocar, modificar o sustituir estos consentimientos.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

Firma del paciente mayor de 14 años o nombre y firma del padre/madre/tutor:



Área de Salud de Don Benito
Villanueva de la Serena

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

PETICIÓN DE ORDEN DE ASISTENCIA EN CENTROS DISTINTOS DE LOS DE REFERENCIA

En base a la Propuesta de Canalización de Pacientes a Centros y Servicios Sanitarios distintos de los de referencia, esta Gerencia de Áreas de Salud autoriza la petición de la correspondiente Orden de Asistencia para el paciente:

D./D^a: [REDACTED]
CIP: [REDACTED]
Localidad: [REDACTED] - [REDACTED] Cod. Postal: [REDACTED]
Calle: [REDACTED]

JUNTA DE EXTREMADURA
REGISTRO ÚNICO
Solicitud Nº 2011071010002075
13/09/2011 12:31:18

Hospital de origen: **Área de Salud Don Benito-Vva.**

Para su atención en el Centro Sanitario:

Centro: **HOSPITAL UNIV. PUERTA DE HIERRO - MAJADAHONDA**
Servicio: **TRASPLANTE DE MEDULA**

10002075

EXCMA. Y M.ª DE LA FUENTE
COM. PULSADA: CONTINUA
06 FEB 2012
LA FUNCIONARIA DEL AYUNTAMIENTO DE MAJADAHONDA
Fdo. M.ª Inmaculada Pizarro Hidalgo

ACOMPAÑANTE: SI REVISION

Fecha: Don Benito, 13 de Septiembre de 2011

LA GERENTE DE LAS ÁREAS DE SALUD DE MÉRIDA Y
DON BENITO - VVA. SERENA

Fdo.: Esther Pérez Lucena

Gerencia del
Área de Salud de Don Benito
Villanueva de la Serena
DIRECCIÓN
JUNTA DE EXTREMADURA

SR. DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL UNIV. PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA