

## ANEXO B

### MODELO DE SOLICITUD DE AYUDA PARA EL AÑO 2018-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 2018.

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-.