



GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

**SOLICITUD DE OBTENCIÓN GRATUITA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
DE USO PEDIÁTRICO**

1-DATOS DEL INTERESADO MENOR DE EDAD:

APELLIDO 1:	APELLIDO 2:

NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO:	CIP:

2- DATOS DE REPRESENTANTE (Padre, Madre o Representante legal):

Apellidos y Nombre _____

DNI: _____

3-DIRECCIÓN A EFECTOS DE COMUNICACIONES:

Calle _____ Nº _____ Piso _____ Letra _____

Localidad: _____ Código Postal _____

Provincia _____

Teléfono _____

4-TIPO DE BENEFICIARIO PARA ACCEDER A LA AYUDA:

<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA
<input type="checkbox"/>	CRÓNICO
<input type="checkbox"/>	DISCAPACITADO

5-DOCUMENTACIÓN QUE HA DE APORTAR:

- Fotocopia del D.N.I. del solicitante
- Certificado de empadronamiento del beneficiario, que acredite su condición de residente en un municipio de la comunidad Autónoma de Extremadura.
- Fotocopia del Libro de Familia, o en su caso, del documento que acredite la representación legal del mismo.
- Fotocopia del Título de Familia Numerosa, o en su caso, del documento acreditativo expedido por el órgano competente en el que conste un grado de minusvalía igual o superior al 33%.
- En caso de menores que padezcan enfermedades crónicas se aportará informe médico justificativo de tal circunstancia.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del beneficiario emitida por el Servicio Extremeño de Salud, o en su caso, de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- Documento de Alta a Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria.
- Original de la factura acreditativa de los gastos realizados sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.
- Copia de receta/Hoja de Tratamiento o en su defecto Histórico de Tratamiento (solicitar al pediatra)

6- DOCUMENTACIÓN QUE HA DE APORTAR EN SUCESIVAS SOLICITUDES:

Para sucesivas solicitudes, presentar solamente:

- Solicitud debidamente cumplimentada
- Declaración jurada según modelo establecido
- Facturas originales
- Copia de receta/Hoja de tto./Histórico tto.
- Alta de terceros sólo si ha cambiado la cuenta bancaria de la solicitud anterior.

Fecha y firma:

En _____, a ____ de _____ de 202__

Firmado:

DÓNDE PRESENTAR LA SOLICITUD:

LA SOLICITUD IRÁ DIRIGIDA AL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ, Y SE PRESENTARÁ PREFERENTEMENTE EN CUALQUIER OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA, SIN PERJUICIO DE SU PRESENTACIÓN POR CUALQUIER OTRA VÍA ESTABLECIDA SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ