



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. Código DIR: A11037352

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ