

## OTRAS DISPOSICIONES

DEPARTAMENTO DE SALUD

### 1207

*CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 21 de febrero de 2017, del Consejero de Salud, por la que se convocan ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos, correspondientes a los ejercicios 2016 y 2017.*

El artículo 18.2.b) del Decreto 217/2008, de 23 de diciembre, del Boletín Oficial del País Vasco, establece que los meros errores u omisiones en el texto remitido para su publicación que se infieran claramente del contexto y no constituyan modificación o alteración del sentido de los documentos, pero cuya rectificación se juzgue conveniente para evitar posibles confusiones, se corregirán por la Secretaría del Gobierno y de Relaciones con el Parlamento, a instancia del órgano que haya ordenado la publicación del texto.

Advertidos errores de dicha índole consistentes en la omisión de los anexos a la Orden de 21 de febrero de 2017, del Consejero de Salud, por la que se convocan ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos, correspondientes a los ejercicios 2016 y 2017, publicada en el BOPV n.º 42, de 1 de marzo de 2017, se procede a su corrección mediante la publicación de los citados anexos (Anexo I. 2017 tramitación simplificada y Anexo II. 2017 tramitación ordinaria).

martes 7 de marzo de 2017

Sello del Registro de Entrada
-------------------------------

ANEXO I

Código Barras
---------------

2017

TRAMITACIÓN  
SIMPLIFICADA

**SOLICITUD DE LAS AYUDAS DESTINADAS A FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PRESCRITOS POR PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI QUE ESTÉN SUJETOS A FINANCIACIÓN PÚBLICA**

**Datos de la persona solicitante:**Nombre: \_\_\_\_\_ Telf.: 

Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: Cód. TIS: **\*Representante**

- En el caso de que la representación sea sólo para tramitar esta ayuda bastará con firmar la presente solicitud por la persona beneficiaria y por quien actúe de representante.
- En el caso de que la persona solicitante de la ayuda esté **legalmente incapacitada** la solicitud la firmará el tutor, curador o representante legal acreditando su representación mediante sentencia judicial o documento notarial, que se adjuntará a la solicitud. Asimismo, si el representante actuara en nombre de una entidad aportará el poder notarial correspondiente.
- En el caso de que la persona solicitante sea **menor de edad no emancipada**, la solicitud la firmará el padre o la madre, acreditando su representación mediante copia del libro de familia, que se adjuntará a la solicitud.

Nombre del representante y/o entidad: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: Telf.:

martes 7 de marzo de 2017

**Datos Bancarios (marcar con una X lo que corresponda):**

1.-  Habiendo sido beneficiario/a de las ayudas en alguno de los ejercicios anteriores, **solicito su abono en la misma cuenta.**

2.-  Solicito al Departamento de Salud que el abono de la cuantía correspondiente a la ayuda que me pudiera corresponder, se efectúe en la siguiente cuenta bancaria de la que soy titular (**Es imprescindible aportar copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria**):

IBAN:  Banco o caja:  Sucursal:

D.C.:  Número de CC.:

**Datos a efectos de notificación y comunicación:**

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Código Postal:  Municipio: \_\_\_\_\_

Territorio Histórico: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Relación de documentos que acompañan a la solicitud:**

- Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.
- Copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria (solo en el caso de datos bancarios 2).

**Consentimientos:**

Autorizo al órgano gestor de esta convocatoria para que se comprueben, constaten o verifiquen en la administración competente los siguientes datos, tanto por medios electrónicos como por medios que estén disponibles:

- Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegurado.
- Datos relativos a los ingresos (declaración IRFP o certificado de no estar obligado a su realización)
- Datos relativos a la situación legal de desempleo, no percepción de prestación por desempleo ni Renta de Garantía de Ingresos
- Datos relativos a la realización periódica del gasto objeto de la ayuda.
- Datos relativos al reconocimiento de la asistencia sanitaria en el caso de personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud (Decreto 114/2012, de 26 de junio)

**Declaraciones Responsables:*****Declaraciones de compatibilidad***

Declaro que estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o entidades privadas:

NO                      SI                      Importe \_\_\_\_\_ €. En concepto de \_\_\_\_\_

martes 7 de marzo de 2017

**Otras declaraciones**

Declaro que

- No he recibido ninguna sanción, penal o administrativa, que me imposibilite obtener subvenciones o ayudas públicas.
- No estoy incurso/a en ninguna prohibición legal que me inhabilite para obtener subvenciones o ayudas públicas, con mención expresa a las que se hayan producido por discriminación de sexo.
- No estoy incurso/a en ningún procedimiento de reintegro o sancionador que, habiéndose iniciado en el marco de ayudas o subvenciones de la misma naturaleza concedidas por la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y sus organismos autónomos, se halle todavía en tramitación o ha terminado el mismo.
- Cumpro con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudas.
- Los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que la acompañan son verdaderos.

**Protección de Datos de carácter personal:**

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos que Vd. aporta serán incluidos en el fichero automatizado denominado "Ayudas de Adherencia" cuya finalidad es la gestión de las ayudas reguladas por el Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se regulan ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos.

El fichero está bajo la responsabilidad de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, pudiendo ejercitar ante la misma los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en las siguientes direcciones: C/ Donostia-San Sebastián, 1. 01010 Vitoria-Gasteiz.

Los datos facilitados no serán objeto de cesión a terceras personas u organizaciones y se circunscribe al uso exclusivo de la gestión de las ayudas a las personas solicitantes por el Departamento de Salud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Firmado: \_\_\_\_\_ (solicitante) \_\_\_\_\_ Firmado:  
(representante\*)

martes 7 de marzo de 2017

Sello del Registro de Entrada

ANEXO II

Código Barras

2017

TRAMITACIÓN  
ORDINARIA

**SOLICITUD DE LAS AYUDAS DESTINADAS A FACILITAR LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS PRESCRITOS POR PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI QUE ESTÉN SUJETOS A FINANCIACIÓN PÚBLICA**

**Datos de la persona solicitante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telf.:

Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI:

Cód. TIS:

**\*Representante:**

- En el caso de que la representación sea sólo para tramitar esta ayuda bastará con firmar la presente solicitud por la persona beneficiaria y por quien actúe de representante.
- En el caso de que la persona solicitante de la ayuda esté **legalmente incapacitada** la solicitud la firmará el tutor, curador o representante legal acreditando su representación mediante sentencia judicial o documento notarial, que se adjuntará a la solicitud. Asimismo, si el representante actuara en nombre de una entidad aportará el poder notarial correspondiente.
- En el caso de que la persona solicitante sea **menor de edad no emancipada**, la solicitud la firmará el padre o la madre, acreditando su representación mediante copia del libro de familia, que se adjuntará a la solicitud.

Nombre del representante y/o entidad: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI:

Telf.:

martes 7 de marzo de 2017

**Datos Bancarios (marcar con una X lo que corresponda):**

1.-  Habiendo sido beneficiario/a de las ayudas en ejercicios anteriores, **solicito su abono en la misma cuenta.**

2.-  Solicito al Departamento de Salud que el abono de la cuantía correspondiente a la ayuda que me pudiera corresponder, se efectúe en la siguiente cuenta bancaria de la que soy titular (**Es imprescindible aportar copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria**):

IBAN:  Banco o caja:  Sucursal:  
 D.C.:  Número de CC.:

**Datos a efectos de notificación y comunicación:**

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Código Postal:  Municipio: \_\_\_\_\_

Territorio Histórico: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Relación de documentos que acompañan a la solicitud:**

- Documentación que acredita la condición de representante, en su caso.
- Copia de la hoja en la que figura la persona titular y el número de la cuenta bancaria (solo en el caso de datos bancarios 2).
- Recetas del Servicio Público de Salud u hoja de tratamiento activo.
- Tickets originales o factura original de la oficina de farmacia.
- (Solo para las clases pasivas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU) Documentación que acredita la condición de clase pasiva, certificado de empadronamiento en un municipio de la CAE, y copia de la declaración de IRPF liquidada en los ejercicios 2015 y 2016.

**Consentimientos:**

Autorizo al órgano gestor de esta convocatoria para que se comprueben, constaten o verifiquen en la administración competente los siguientes datos, tanto por medios electrónicos como por medios que estén disponibles:

- Datos relativos a la condición de asegurado como pensionista o persona beneficiaria del asegurado.
- Datos relativos a los ingresos (declaración IRFP o certificado de no estar obligado a su realización)
- Datos relativos a la situación legal de desempleo, no percepción de prestación por desempleo ni Renta de Garantía de Ingresos
- Datos relativos al reconocimiento de la asistencia sanitaria en el caso de personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud (Decreto 114/2012, de 26 de junio).

martes 7 de marzo de 2017

**Declaraciones Responsables:***Declaraciones de compatibilidad*

Declaro que estoy recibiendo una ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o entidades privadas:

NO                      SI                      Importe \_\_\_\_\_ €. En concepto de \_\_\_\_\_

*Otras declaraciones:*

Declaro que

- No he recibido ninguna sanción, penal o administrativa, que me imposibilite obtener subvenciones o ayudas públicas.
- No estoy incurso/a en ninguna prohibición legal que me inhabilite para obtener subvenciones o ayudas públicas, con mención expresa a las que se hayan producido por discriminación de sexo.
- No estoy incurso/a en ningún procedimiento de reintegro o sancionador que, habiéndose iniciado en el marco de ayudas o subvenciones de la misma naturaleza concedidas por la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y sus organismos autónomos, se halle todavía en tramitación o ha terminado el mismo.
- Cumpló con los requisitos establecidos en la normativa vigente para poder obtener estas ayudas.
- Los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que la acompañan son verdaderos.

**Protección de Datos de carácter personal:**

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos que Vd. aporta serán incluidos en el fichero automatizado denominado "Ayudas de Adherencia" cuya finalidad es la gestión de las ayudas reguladas por el Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se regulan ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos.

El fichero está bajo la responsabilidad de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, pudiendo ejercitar ante la misma los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en las siguientes direcciones: C/ Donostia-San Sebastián, 1. 01010 Vitoria-Gasteiz.

Los datos facilitados no serán objeto de cesión a terceras personas u organizaciones y se circunscribe al uso exclusivo de la gestión de las ayudas a las personas solicitantes por el Departamento de Salud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Firmado: \_\_\_\_\_ (solicitante) \_\_\_\_\_ Firmado:  
(representante\*)