MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un centro de atención e información de la Seguridad Social.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA S. S.

ATENCIÓN: Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1.- DATOS DEL TITULAR DEL DERECHO (tanto para el reconocimiento del derecho como futuro titular como en el caso de solicitar el reconocimiento del derecho para beneficiarios en el apartado 2)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Nº DNI-NIE

Domicilio	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono

Código postal	Localidad	Provincia	País

Sólo si solicita el reconocimiento del derecho indique:

Ingresos íntegros del año actual (si cree que serán iguales a los del año anterior indique esa cantidad) : ..... €

¿Pertenece a un colegio profesional o es funcionario de Clases Pasivas? SÍ ☐ NO ☐

¿Tiene cobertura sanitaria con cargo a otro Estado? SÍ ☐ NO ☐

2.- DATOS DE LOS BENEFICIARIOS PARA LOS QUE SE SOLICITA EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO

	1er Beneficiario	2º Beneficiario	3er Beneficiario	4º Beneficiario
Primer apellido				
Segundo apellido				
Nombre				
Nº DNI-NIE				
Parentesco				
Ingresos íntegros anuales	€	€	€	€
¿Pertenece a un colegio profesional o es funcionario de Clases Pasivas?	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
¿Tiene cobertura sanitaria con cargo a otro Estado?	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐

20120705

6-071 (cas)

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que de los mismos pueda producirse en lo sucesivo.

AUTORIZO la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como la consulta de los datos de identificación personal y de residencia con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

..... , a ..... de ..... de 20 .....

Firma del solicitante

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE .....

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre: Nº DNI-NIE ②

Registro INSS

Clave de identificación de su expediente:

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

1 ☐ DNI / NIE
- ☐ Solicitante.
- ☐ Cónyuge/pareja de hecho.
- ☐ Hijos.
- ☐ Otros familiares y acogidos.

2 ☐ Certificado de discapacidad.

3 ☐ Libro de familia, actas del Registro Civil o certificado oficial que acredite el parentesco.

4 ☐ Auto judicial o certificado de acogimiento familiar.

5 ☐ Inscripción en Registro Central de Extranjeros junto con el pasaporte o el documento de identidad en vigor, o tarjeta de identificación de extranjeros (TIE).

6 ☐ Sentencia de separación o divorcio.

7 ☐ Certificado del Ayuntamiento que acredite la convivencia con el solicitante

8 ☐ Otros documentos:

Recibí Firma

DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números: .....

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

.....

Fecha ..... Lugar .....

DILIGENCIA DE COMPULSA: A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor: .....

.....

.....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por el solicitante.

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....

.....

Fecha ..... Lugar .....

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero y permanecerán bajo la custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal –BOE del día 14-).

20120705
6-071 (cas)

SOLICITUD
de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria

DOCUMENTOS EN VIGOR NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

(Original acompañado de copia para su compulsa o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad, en los que será suficiente la exhibición del original).

1. EN TODOS LOS CASOS (tanto para titulares como para beneficiarios)

- **Españoles:** Documento Nacional de Identidad (DNI) en el caso de los mayores de 14 años.
- **Ciudadanos de la Unión Europea o Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o Suiza:** Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros junto con el pasaporte o documento de identidad.
- **Ciudadanos del resto de países:** Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE). Si son beneficiarios de titulares de la Unión Europea o Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o Suiza deberán presentar la tarjeta de residencia y NIE de familiar de un ciudadano de la UE/EEE/Suiza.

2. SÓLO EN CASO DE SOLICITAR EL DERECHO PARA BENEFICIARIOS

EN TODO CASO

- Libro de Familia, actas del Registro Civil o certificado oficial que acredite el parentesco.

DESCENDIENTES Y PERSONAS ASIMILADAS

- Hijos adoptivos o en trámite de adopción: documento acreditativo de la adopción o de inicio de los trámites de adopción expedido por el Organismo competente de la Comunidad Autónoma.
- Acogidos: auto judicial o certificado de acogimiento expedido por el Organismo competente de la Comunidad Autónoma.
- Certificado de discapacidad en un grado igual o superior al 65 %, en su caso.
- Certificado del Ayuntamiento que acredite la convivencia con el solicitante (no se exige para los hijos menores ni acogidos).

PAREJA DE HECHO DEL TITULAR

- Certificado de inscripción en el registro de la comunidad autónoma o localidad de residencia o acreditación de la constitución de la pareja mediante escritura pública.

EX CÓNYUGE

- Sentencia de separación o divorcio y documento que reconozca el derecho a percibir pensión compensatoria.

20120705

6-071 (cas)