

**Solicitud de ayuda médico farmacéutica  
(Rellenar una solicitud por cada ayuda)**

**A) Datos identificativos del solicitante:**

<b>Afiliado a:</b>	<input type="checkbox"/> Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Muface	<input type="checkbox"/> Otros
Apellidos, Nombre:		N.I.F.:	
Domicilio particular (calle, nº, C.P. provincia y municipio)		Correo electrónico:	
Categoría:	Centro de trabajo/Dpto/Unidad:	Tlf. trabajo:	

**B) Datos identificativos del beneficiario:**

<b>Afiliado a:</b>	<input type="checkbox"/> Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Muface	<input type="checkbox"/> Otros
Apellidos, Nombre			
Parentesco			

**C) Datos de la ayuda solicitada**

<b>1. Dentarias:</b>	<input type="checkbox"/> Dentadura completa (superior e inferior)	<input type="checkbox"/> Dentadura superior ó inferior
<input type="checkbox"/> Piezas	<input type="checkbox"/> Empastes	<input type="checkbox"/> Implantes
<input type="checkbox"/> Endodoncias	<input type="checkbox"/> Férula de descarga	<input type="checkbox"/> Mantenedor de espacios
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Limpieza dental	<input type="checkbox"/> Curetaje de encías

<b>2. Oculares:</b>	<input type="checkbox"/> Lentillas	<input type="checkbox"/> Lentillas desechables	<input type="checkbox"/> Prismas	<input type="checkbox"/> Lentes intraoculares
	<input type="checkbox"/> Gafas (lejos/cerca)	<input type="checkbox"/> Gafas Progresivas	<input type="checkbox"/> Gafas Telelupa	<input type="checkbox"/> Gafas Sust. Cristales
	<input type="checkbox"/> Sust. cristales	<input type="checkbox"/> Sust. cristales	<input type="checkbox"/> Sust. Cristales	
<input type="checkbox"/> Ayudas por intervención quirúrgica para corrección de defectos visuales				

<b>3. Otras</b>	<input type="checkbox"/> Prótesis ortopédicas no previstas:	<input type="checkbox"/> Vehículos de inválidos
<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Calzado corrector	<input type="checkbox"/> Plantillas ortopédicas
<input type="checkbox"/> Tratamientos psicopedagógicos	<input type="checkbox"/> Ayudas de carácter excepcional: (describir brevemente)	

**D) Documentación que se acompaña:**

<input type="checkbox"/> Libro de Familia o documento acreditativo similar, en aquellos casos que se solicite ayuda para beneficiarios del titular.
<input type="checkbox"/> Informe del facultativo, con indicación de la prótesis o tratamiento necesario (en el caso de ayudas oculares para gafas o lentillas será válida la ficha de graduación de la óptica)
<input type="checkbox"/> Factura original con detalle de la prótesis o tratamiento recibido e importe abonado por cada uno de los conceptos.
<input type="checkbox"/> Resolución de concesión de ayuda de MUFACE (sólo para afiliados)
<input type="checkbox"/> Para ayudas de carácter excepcional: justificante de las razones por las que deba ser atendido el gasto

**E) Declaración del Solicitante:**

En su virtud, <b>SOLICITO</b> la ayuda indicada y declaro expresamente: Que los datos declarados son ciertos. Que ningún miembro de la unidad familiar ha formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos por parte de una entidad pública o privada.
---

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.-**  
A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Universidad Politécnica de Cartagena, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

Cartagena,.....de .....de.....  
Firma del solicitante,