



Solicitud de **ASISTENCIA SANITARIA O PSICOLÓGICA** derivada de acto terrorista, al amparo de la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo (*BOE 23 de septiembre de 2011*)

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre:

1º apellido:

2º apellido:

DNI/NIE/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Domicilio

Tipo de vía:

Nombre vía:

Nº:

Piso:

Puerta:

Localidad:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono/s:

Correo Electrónico:

REPRESENTANTE LEGAL (*si lo hubiera*):

Nombre y apellidos:

Domicilio (a efectos de notificaciones):

DATOS DE LA VÍCTIMA (*caso de ser diferente del solicitante*):

Nombre:

1º apellido:

2º apellido:

Fecha de nacimiento:

Grado de parentesco respecto del solicitante:

DATOS DEL ACTO TERRORISTA:

Fecha del acto:

Municipio, provincia y país:

En caso de secuestro. Fechas de

a

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (*Marque la opción que corresponda*)

Tratamiento Psicológico

Prótesis

Intervención Quirúrgica

Gastos Sanitarios



DATOS BANCARIOS (IBAN) donde desea percibir el importe de la Ayuda (El/la solicitante deberá ser titular o cotitular de la cuenta)														
E	S													
BIC/SIWT														

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN (Marque la opción que corresponda)

- Informes clínicos y/o psicológicos
- Certificación de no cobertura de la ayuda por el sistema de previsión público o privado.
- Facturas originales acreditativas de la prestación recibida
- Fotocopia de la cartilla o documento bancario en el que constan los datos del titular de la cuenta
- Otros documentos probatorios

AUTORIZO al órgano instructor a solicitar, en mi nombre, el certificado de no cobertura de la ayuda solicitada por parte de mi sistema público de aseguramiento.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos y comprobables los datos consignados en la presente solicitud.

AUTORIZO la verificación y cotejo de los datos personales incluidos en la solicitud y obrantes en el expediente, referidos a la identificación personal y las prestaciones sociales públicas, a recabar de las autoridades competentes, a través de la Plataforma de Intermediación de Datos, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de la tramitación de la presente solicitud.

Al respecto, de conformidad con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en general se entiende otorgado el consentimiento para la consulta de los documentos que hayan sido elaborados por cualquier Administración. En caso de que no otorgue su consentimiento, marque la siguiente casilla y deberá aportar los documentos pertinentes.

AUTORIZO la cesión a otros organismos o entidades de carácter público que ejerzan competencias en materia de víctimas del terrorismo.

AVISO IMPORTANTE. El original de este formulario de solicitud debe obrar en poder de la Administración, debiendo quedarse el solicitante con copia del mismo.

En..... a..... de..... de

(Firma)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.-En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos se incluirán en un fichero automatizado de titularidad del Ministerio del Interior y únicamente podrán ser utilizados para el estricto cumplimiento de los fines derivados de la tramitación de su solicitud. El titular de los datos tiene reconocidos los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose a la Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, Calle Amador de los Ríos, 8. 28071 MADRID.

MINISTERIO DEL INTERIOR
Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana
C/ Amador de los Ríos, 8. 28071 MADRID