



**SOLICITUD DE AYUDA DE GASTOS SANITARIOS (1)**

Apellidos y nombre ..... NIF .....  
 Domicilio ..... Teléfono .....  
 Personal Docente (2) ..... al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el Cuerpo de ....., en situación administrativa/laboral (3) ....., que presta sus servicios en (4) ....., al amparo de lo dispuesto en el Decreto 131/2007, de 4 de octubre, por el que se regula la acción social para el personal docente al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, y de conformidad con lo dispuesto en la Orden de convocatoria de la Consejería de Educación para el año 2008, **SOLICITA** la ayuda por **gastos sanitarios** para los sujetos causantes y conceptos que a continuación se relacionan:

**DATOS DE LOS CAUSANTES (APELLIDOS Y NOMBRE) (5):**

.....  
 .....

TIPO DE PRÓTESIS	CONCEPTO	Unidades
PRÓTESIS DENTARIAS	Dentadura completa	
	Dentadura superior o inferior	
	Piezas	
	Empastes	
	Implantes osteointegrados	
	Tratamiento de ortodoncia	
	Endodoncia	
PRÓTESIS OCULARES	Gafas (de lejos o de cerca)	
	Gafas bifocales/progresivas	
	Cristales graduados	
	Cristales bifocales/progresivos	
	Lentillas no desechables	
	Lentillas desechables	
PRÓTESIS AUDITIVAS	Lente terapéutica	
	Audífonos	

**Documentación justificativa que se acompaña:**

- Fotocopia del libro de familia, en la que consten todos los miembros de la unidad familiar, en el supuesto de que los causantes sean hijos o su cónyuge.
- Facturas ORIGINALES correspondientes, con los requisitos especificados al dorso
- Informe del médico odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento (Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido los 18 años en la fecha de la factura)
- Otros

A efectos de los requisitos e incompatibilidades establecidas en el Decreto 131/2007, de 4 de octubre, el solicitante **DECLARA** que su cónyuge o los hijos con edad comprendida entre 18 y 25 años para los que solicita ayuda, no perciben ingresos superiores al salario mínimo interprofesional y asimismo:

- Que no percibe ninguna otra ayuda de naturaleza similar concedida por cualquier organismo o entidad pública o privada por los mismos conceptos.
- Que aún percibiendo otra ayuda de naturaleza similar, concedida por (6) ....., la misma es de cuantía inferior a la convocada para este ejercicio, lo cual justifica con la documentación que se acompaña a esta solicitud.

**DATOS CUENTA COBRO (20 dígitos) (7)** .....

EL ABAJO FIRMANTE DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON CIERTOS.

Santander, ..... de ..... de 2008.

Firmado

**DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL DOCENTE**



- (1) No podrá percibir esta ayuda el personal docente acogido al régimen especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)
- (2) En este apartado se deberá consignar la condición del personal docente: Funcionario (de carrera o interino, con indicación del cuerpo de pertenencia) o laboral (fijo o temporal, con indicación de la categoría profesional).
- (3) En este apartado se deberá consignar la situación administrativa (servicio activo, servicios especiales, excedencia por cuidado de familiares, excedencia o suspensión del contrato de trabajo en su caso por razón de violencia de género, excedencia forzosa del personal laboral por el desempeño de función sindical electiva).
- (4) En este apartado se deberá cumplimentar la Consejería y el Centro Directivo, Unidad Administrativa o Centro de Trabajo en que el solicitante está prestando servicios.
- (5) En este apartado se consignarán los datos de los sujetos causantes del derecho a percibir la ayuda por gastos sanitarios.
- (6) Organismo o Entidad que ha concedido la ayuda.
- (7) Únicamente se cumplimentará en aquellos supuestos en que, en el momento de la solicitud, no se estén percibiendo los haberes por la nómina del Gobierno de Cantabria.

**ÚNICAMENTE SE ADMITIRÁN FACTURAS ORIGINALES QUE POSEAN TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, DETALLEN SUJETOS CAUSANTES, CONCEPTOS Y PRECIOS, SIEMPRE QUE PERMITAN TENER CONSTANCIA DEL PAGO O IR ACOMPAÑADAS DEL CORRESPONDIENTE RECIBO QUE ACREDITE AQUÉL.**

**SI SE DESEA LA DEVOLUCIÓN DE LAS FACTURAS, ACOMPÁÑESE UNA FOTOCOPIA JUNTO CON EL ORIGINAL Y MARQUE CON UNA X LA CUADRÍCULA QUE FIGURA ABAJO. LAS FACTURAS ORIGINALES SE DEVOLVERÁN UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE.**

- SE SOLICITA LA DEVOLUCIÓN DE LAS FACTURAS, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA.**

**LA PRESENTE SOLICITUD DEBERÁ CUMPLIMENTARSE A MÁQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA.**