

## .ANEXO I-6

# SOLICITUD DE AYUDAS MÉDICO-FARMACEÚTICAS

### A) DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos	Nombre	D.N.I.	Afiliado a	<input type="checkbox"/> S. Social <input type="checkbox"/> Muface <input type="checkbox"/> Otros
Categoría		Centro de trabajo		
Domicilio particular		C. Postal/localidad	Tfno. Particular	
			Ext. trabajo	

### B) DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y apellidos: (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	D.N.I.	Relación con el titular
---	--------	-------------------------

### C) CLASE DE AYUDA QUE SOLICITA:

<input type="checkbox"/> Dentaria	<input type="checkbox"/> Dentadura completa	<input type="checkbox"/> Empastes	<input type="checkbox"/> Limpieza bucal							
	<input type="checkbox"/> Dentadura sup. o inf.	<input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> Férula de descarga							
	<input type="checkbox"/> Piezas	<input type="checkbox"/> Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Mantenedor de espacio							
<input type="checkbox"/> Oculares	<input type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Lejos	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> 1			
	<input type="checkbox"/> Cerca	<input type="checkbox"/> Cristales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> bifocales	<input type="checkbox"/> telulupa	<input type="checkbox"/> 2			
	<input type="checkbox"/> Bifocales	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> cristales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
<input type="checkbox"/> Progresivas	<input type="checkbox"/> Prismas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Lentillas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> progresivos
<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Plantillas	<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas para corrección	<input type="checkbox"/> de defectos visuales	<input type="checkbox"/> Especiales (describir brevemente)				
	<input type="checkbox"/> Calzado corrector	<input type="checkbox"/> ortopédicas	<input type="checkbox"/> Logopedia	<input type="checkbox"/> desechables	<input type="checkbox"/> Ayuda de carácter excepcional					
		<input type="checkbox"/> Vehículos de inválido								

### D) DATOS COMPLEMENTARIOS:

La prótesis es para:	<input type="checkbox"/> Implantación inicial	<input type="checkbox"/> Renovación	Indicar importe o, en su caso, el presupuesto
----------------------	---	-------------------------------------	---

### E) DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

- 1- Fotocopia del Libro de Familia en aquellos casos en que se solicite ayuda para beneficiarios del titular, o documentación acreditativa similar, salvo que se hubiese presentado en una solicitud anterior y así conste en la base de datos de Ayudas Sociales.
- 2- Informe del facultativo con indicación de la prótesis necesaria. (En el caso de ayudas oculares para gafas será válida también la ficha de graduación de la óptica).
- 3- Factura original con el recibí.
- 4- Resolución de concesión de ayuda de MUFACE (sólo para afiliados a ésta)
- 5- Para ayudas de carácter excepcional: justificación de las razones por las que deba ser atendido el gasto.

En su virtud, SOLICITO la ayuda indicada y declaro expresamente:

- a) Que los datos declarados son ciertos.
- b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos a ningún otro régimen público de Seguridad Social, Mutualidad o Entidad pública o privada.

Murcia,.....de .....de .....

Firma del solicitante,

**Excmo. y Magfco.Sr. Rector de la Universidad de Murcia**

LUGAR DE PRESENTACIÓN: Registro General (C/ Santo Cristo); Registro Auxiliar Espinardo (Edificio Rector Soler).