

ANEXO I-6

SOLICITUD DE AYUDAS MÉDICO-FARMACEÚTICAS

A) DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos	Nombre	D.N.I.	Afiado 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"/> Endodancias	<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"/> Gafas
	<input type="checkbox"/> Cerca	<input type="checkbox"/> Cristales bifocales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Sustitución
	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Bifocales	<input type="checkbox"/> Sustitución	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Lentillas	<input type="checkbox"/> Sustitución
<input type="checkbox"/> Progresivas	<input type="checkbox"/> Prismas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Lentillas desechables	<input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas para corrección de defectos visuales
<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Plantillas ortopédicas	<input type="checkbox"/> Tratamiento Logopedia	<input type="checkbox"/> Especiales (describir brevemente)
	<input type="checkbox"/> Calzado corrector	<input type="checkbox"/> Vehículos de inválido		<input type="checkbox"/> Ayuda de carácter excepcional

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,.....dede

Firma del solicitante,

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

LUGAR DE PRESENTACIÓN: Registro General (C/ Santo Cristo); Registro Auxiliar Espinardo (Edif. Rector Soler) u oficinas delegadas del mismo.