

SOLICITUD AYUDAS MEDICAMENTOS USO PEDIÁTRICO, QUE YA TENGAN RECONOCIDO EL DERECHO A LA OBTENCIÓN GRATUÍTA (REINTEGROS POSTERIORES)

DATOS DEL INTERESADO MENOR DE 15 AÑOS

1er apellido	2º apellido	
Nombre	D.N.I	Teléfono

DATOS DEL REPRESENTANTE (Padre, madre o representante legal)

Apellidos

Nombre D.N.I

DATOS A EFECTOS DE COMUNICACIONES

Dirección N° Piso.....

Localidad Provincia.....

Cód. Postal Teléfono

TIPO DE BENEFICIARIO PARA ACCEDER A LA AYUDA

- FAMILIA NUMEROSA ENFERMEDAD CRÓNICA
- DISCAPACITADO / A

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- [Declaración jurada](#) de que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho.
- Original de la factura acreditativa de los gastos, sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.
- Copias de las recetas
- Copia de la Resolución de concesión de la ayuda, remitida por la Dirección Gerencia del S.E.S .

..... , a de de 20

Firma del representante (padre, madre o representante legal)

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

REGLAMENTO (UE) 2016/679: Los datos de carácter personal se van a incorporar en ficheros automatizados que tienen por finalidad la gestión de expedientes de prestaciones y ayudas. Si lo desea, puede ejercer su derecho a presentar una reclamación ante una unidad de control, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento previstos en el reglamento. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse por escrito a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres.