

## SOLICITUD

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		N.I.F.																																																														
Apellidos	Nombre	Teléfono																																																															
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia																																																														
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número																																																															
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia																																																														
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>																																																																	
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.																																																														
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>																																																																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe del especialista en psiquiatría que corresponda en función de la modalidad asistencial de adscripción del titular, en el que habrá de constar la indicación del tratamiento y el proceso que motiva la indicación.</li> <li>Informe del profesional que realizará el tratamiento, en el que se especificará la técnica terapéutica y el número previsible de sesiones.</li> <li>Facturas originales, en las que debe constar el nombre del paciente y número de sesiones de tratamiento realizadas, además de los requisitos generales exigidos en la normativa aplicable.</li> <li>Justificación documental del abono de la factura por parte del interesado.</li> </ul>																																																																	
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>																																																																	
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE																																																																	
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>																																																																	
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
COD. IBAN      DATOS BANCO O CAJA      DATOS DE LA SUCURSAL			D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA																																																														
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b> a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.  Y <b>SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)  (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)																																																														
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>																																																																	

## SOLICITUD

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		N.I.F.
Apellidos	Nombre	Teléfono	
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendrán derecho a las ayudas para tratamientos de psicoterapia los titulares y beneficiarios adscritos a los servicios de la Red sanitaria pública o de la Sanidad Militar para la asistencia especializada.</li> <li>La prestación por tratamiento de psicoterapia consiste en una ayuda económica por sesión, hasta 20 sesiones por año natural, salvo en los trastornos de alimentación. Sus límites y cuantía se contemplan en la normativa vigente en cada momento.</li> <li>Quedan excluidos de este régimen de ayudas, y por tanto no serán objeto de las mismas, los tratamientos mediante psicoanálisis, hipnosis o narcolepsia ambulatoria, los tratamientos que se realicen en régimen de internamiento u hospitalización y las terapias de mantenimiento.</li> <li>No podrán reconocerse prestaciones por psicoterapia al mismo beneficiario durante más de cinco años consecutivos y, a partir de ese momento, las sesiones que se prescriban tendrán la consideración de terapia de mantenimiento, salvo en el caso de pacientes diagnosticados de trastornos de la alimentación.</li> <li>Las ayudas económicas por psicoterapia serán incompatibles con las prestaciones por Hospitalización Psiquiátrica, tanto en régimen de internamiento, como de hospital de día.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>El plazo para tramitar el procedimiento de la primera solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.</li> <li>Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los datos relativos a la prestación solicitada serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado del ISFAS que, regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa (BOE nº 149), se utiliza para la gestión del colectivo y de las prestaciones, así como para fines estadísticos. La responsabilidad del fichero corresponde a la Secretaría General del ISFAS, c/ Huesca, 31 – 28020 Madrid.</li> <li>Los datos podrán ser cedidos a los Organismos con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas Administraciones Públicas y CCAA, en materia tributaria del Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, de las CCAA o de las Diputaciones Forales, así como a las Entidades Bancarias receptoras del abono de la prestación al interesado.</li> </ul>			