



Solicitud de CONTINUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL SEGURO ESCOLAR

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (señálese con una cruz X)

Neuropsiquiatría continuación:

Internamiento completo

Ambulatorio

Hospitalización día (internamiento)

Prórrogas

2.- DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
DNI - NIE		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Nombre del padre		Nombre de la madre			
Fecha de nacimiento		Nº de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal		Localidad			Provincia			
Nacionalidad		Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico				

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carrera o especialidad						Curso	
Centro docente					Localidad		

4.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO

PROGENITOR

TUTOR

GUARDADOR

CURADOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre					
DNI - NIE		Fecha de nacimiento			Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal		Localidad		Provincia			Nacionalidad		

5.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PERSONA JURÍDICA

NIF		Denominación								
Domicilio: (calle, plaza ...)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal		Localidad			Provincia					

Apellidos y nombre:

DNI - NIE

②

6.- DOMICILIO DE COMUNICACIONESESTUDIANTE SOLICITANTE

Domicilio: (calle, plaza ...)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidad	Provincia					
LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:							

7.- HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA EN OTRA PROVINCIA

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Provincia	Periodo reconocido: desde	hasta
-----------------------------	-----------------------------	-----------------	---------------------------------	-------------

8.- COBRO DE LA PRESTACIÓN (a cumplimentar siempre que se trate de prestaciones económicas o prestaciones sanitarias facilitadas por centros NO autorizados)

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)									
BIC:									
Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC							
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA				
TITULAR DE LA CUENTA: ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>									
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre			DNI-NIE		
Núm. de teléfono	Domicilio: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia						

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

③

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

..... , a de de 20

Firma del solicitante

Solicitud de CONTINUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN(*)

EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN VIGOR

1.- EN TODOS LOS CASOS:

- Españoles: Documento nacional de identidad (DNI).
- Extranjeros: Ciudadanos de la U.E./E.E.E. o Suiza:
 - Certificado de registro de ciudadano de la Unión o
 - Certificado del derecho a residir con carácter permanente y
 - Con pasaporte o
 - Documento de Identidad en vigor. (arts. 7.1 y 10.1 RD 240/2007, de 16 de febrero).
- Miembros de la familia de un ciudadano de la U.E./E.E.E o Suiza que no ostenten la nacionalidad de uno de dichos Estados:
 - Tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión o
 - Resguardo acreditativo de la presentación de la solicitud de la tarjeta. (arts. 8 y 10.3 RD 240/2007, de 16 de febrero).
- No nacionales de la U.E./E.E.E. o Suiza que residan en territorio nacional:
 - Tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o
 - Autorización residencia temporal o
 - Autorización residencia permanente.

PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN VIGOR:

- a) **Estudiantes no universitarios:** Certificado del centro de estudios donde se especifique el curso que realiza así como el abono de cuotas del Seguro Escolar, salvo que el estudiante, no esté matriculado por continuar en situación de enfermedad (neuropsiquiatría).
- b) **Estudiantes universitarios:** Resguardo del impreso de la matrícula en que conste la facultad, el curso, las asignaturas y el pago de la cuota del Seguro Escolar, resguardo del abono de la matrícula y de las tasas académicas salvo que el estudiante no esté matriculado por continuar en situación de enfermedad (neuropsiquiatría).
- c) **Estudiantes no universitarios y universitarios:** Informe justificativo por un médico psiquiatra (prestaciones de neuropsiquiatría) que acredite que no ha podido matricularse por continuar en situación de enfermedad.

2.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO:

2.1 PROGENITOR O TUTOR DEL ESTUDIANTE:

- DNI del progenitor/tutor original.
- Libro de familia.
- Resolución judicial por la que se constituya la tutela y
- Documento de toma de posesión del tutor o
- Aceptación del cargo de tutor.

2.2 PERSONA JURIDICA:

- Número de Identificación Fiscal (NIF), de la entidad solicitante original.
- Poder notarial o nombramiento por el que se otorga la representación legal.

Uno de estos documentos:

- Documento acreditativo de la entidad pública a la que está encomendada la protección de menores o
- Apoderamiento en los casos de menores en acogida.

2.3 EN SUPUESTOS DE GUARDA DE HECHO:

- Resolución administrativa de constitución de la guarda o
- Acta de notoriedad tramitada ante notario o
- Declaración del juez de la existencia de la guarda o
- Declaración del guardador.

2.4 EN SUPUESTOS DE CURATELA:

- Resolución judicial mediante la que se constituye la curatela y
- Documento de toma de posesión del curador o
- Aceptación del cargo de curador.

PRESTACION SANITARIA

- 3.- **Prórroga de la prestación sanitaria de neuropsiquiatría:** Presentación de las facturas originales justificativas de los gastos, con referencia al nº de factura, nombre y apellidos o razón social, NIF, CIF y en su caso nº de colegiado del expedidor, nombre y apellidos, DNI del destinatario. Las facturas contendrán la descripción del acto médico y su valoración económica, debiendo figurar el detalle de los conceptos, relación y precio de cada acto médico, así como día y horario en el que se presta, lugar y fecha de emisión. Acreditación de la persona que ha hecho efectivo el pago de la factura.

Se solicitará de forma obligatoria uno de los siguientes documentos excluyentes entre sí: Si se trata del primer curso incluido en el ámbito de estudios del seguro escolar: “certificado del colegio que acredite el curso anterior”. Para el resto de los casos: “justificante de abono de la cuota del curso anterior”.

- (*) Si los documentos han sido emitidos por organismos extranjeros, será necesario que cumplan los requisitos de legalización para ser válidos en España

Solicitud de **CONTINUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL SEGURO ESCOLAR**

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 90 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá exhibirlos o presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el día siguiente al que recibe la notificación.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Si en la solicitud no se aportan los documentos 1 al 2.4, se entenderá que desiste de su petición de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE de 2-10-2015). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Resto de documentos apartado 3, se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para calcular correctamente su prestación. Su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la misma Ley 39/2015.

RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos declarados, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o a un Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto.

Si va a enviar por correo postal esta solicitud, puede aportar fotocopia de la documentación solicitada.

Solicitud de CONTINUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL SEGURO ESCOLAR

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?</i></p> <p>Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<p><i>¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/Infanta Mercedes, 31 CP 28020 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Para qué utilizaremos sus datos?</i></p> <p>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.</p> <p>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.</p> <p>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.</p>
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?</i></p> <p>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).</p> <p>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.</p>
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	<p><i>¿A quién comunicaremos sus datos?</i></p> <p>Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.</p> <p>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.</p>
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	<p><i>¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?</i></p> <p>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.</p> <p>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p>
PROCEDENCIA	<p><i>¿Cómo obtenemos sus datos personales?</i></p> <p>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.</p>