

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		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	Nombre y Apellidos de la persona a quien debe dirigirse la notificación, si es distinto del titular		
	Calle y Número	Código Postal y Localidad	Provincia
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			
<ul style="list-style-type: none"> La documentación que se indica en este modelo se refiere a las primeras solicitudes de ayuda. Las renovaciones se realizarán de oficio por el ISFAS, solicitando, en cada caso, la documentación necesaria para la resolución del expediente. Autorización firmada por cada uno de los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, para la consulta de datos fiscales a la Agencia Tributaria. En el País Vasco y Navarra no será necesario aportar la documentación precedente, debiendo presentar fotocopia de la declaración del IRPF, del Modelo de devolución del exceso de ingresos a cuenta o certificado de imputaciones de renta en caso de no tener obligación de declarar, de todos los miembros de la Unidad Familiar mayores de 18 años, todos ellos referidos al periodo impositivo anterior en dos años al de la solicitud. Declaración de pensiones o prestaciones percibidas por la unidad familiar de otros Regímenes Públicos de protección social distintos del ISFAS, que tengan el carácter de exentas o no estén sujetas al impuesto de la renta de las personas físicas y autorización para realizar verificaciones o consultas necesarias con las Administraciones Públicas competentes. 			
DATOS PARA EL PAGO			
<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>			
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:		LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA (en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante)	
a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.		NIF del representante:	
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 SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.		Relación con el titular:	
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS			

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		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	Nombre y Apellidos de la persona a quien debe dirigirse la notificación, si es distinto del titular		
	Calle y Número	Código Postal y Localidad	Provincia
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")		N.I.F.
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> A esta prestación sólo pueden acceder los afiliados con derecho a servicios sociales y asistencia social mayores de 75 años cumplidos antes del día 1 de enero de 2013 que no superen los límites de renta disponible de la Unidad Familiar fijados por Resolución del ISFAS. La cuantía de carácter único y su abono mensual, iniciando sus efectos a partir del primer día del mes siguiente al de solicitud. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> El plazo para tramitar el procedimiento de la primera solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada. Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de desestimación de la petición, a los solos efectos de que, si se desea, pueda interponerse el correspondiente recurso de alzada ante el Ministro de Defensa. En el supuesto de solicitudes de renovación, el plazo para tramitar el procedimiento es de tres meses. Si en este plazo no se ha recibido notificación de la resolución dictada, los efectos del silencio administrativo son positivos, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<p>El tratamiento de los datos personales precisos para la tramitación del presente procedimiento corresponde al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Dichos datos no se cederán a terceros salvo en cumplimiento de una obligación legal, garantizándose en todo caso las posibilidades de acceso oposición, rectificación, limitación o supresión de los mismos ante el ISFAS, C/ Huesca 31-28020-Madrid, o en la dirección de correo OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es</p> <p>La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</p>			

La/las persona/s abajo firmante/s autoriza/n al Instituto Social de las Fuerzas Armadas a solicitar de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria los datos del **Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, de pensiones y prestaciones tanto exentas como no exentas del ejercicio correspondiente** que precise para comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para obtener, percibir y mantener la ayuda económica de solicitada por el afiliado indicado a continuación.

La presente autorización se otorga a efectos del reconocimiento, seguimiento y control de la prestación citada anteriormente, y en aplicación del art. 95.1k) de la Ley 58/2003, General Tributaria, que permite previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las AA.PP., para el desarrollo de sus funciones.

Titular y/o representante de beneficiarios: _____ **Firmas**

Número de afiliación: 28/7

Código de expediente:

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Beneficiarios mayores de 18 años que también prestan autorización

Cónyuge /conviviente (Excepto defunción, los datos deberán cumplimentarse en todo caso)

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

Beneficiario

Apellidos y nombre:

N.I.F:

Nº orden:

, a _____ de _____ de _____



DECLARACIÓN DE PENSIONES o PRESTACIONES EXENTAS DEL IRPF
(A cumplimentar por los solicitantes de prestaciones sociales del ISFAS)

Nombre y apellidos del titular:.....

DNI:....., **Nº de afiliación al ISFAS:**.....

DECLARO bajo mi responsabilidad que, durante el ejercicio de 20..(*), tanto yo como otros miembros de mi unidad familiar (***) hemos percibido las siguientes pensiones o prestaciones, incluidas en la acción protectora de cualquier régimen público de protección social distinto del ISFAS, que tienen el carácter de exentas o no están sujetas al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Por los conceptos en que no haya percibido cantidad alguna, anote "0"):

PENSIONES O PRESTACIONES ECONÓMICAS	ENTIDAD PAGADORA	Importe (euros)
Pensiones de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez de la Seguridad Social, contributivas o no contributivas, o equivalentes del Régimen de Clases Pasivas del Estado.		
Prestaciones de gran invalidez.		
Pensiones extraordinarias de invalidez, viudedad u orfandad, por actos de terrorismo.		
Pensiones de orfandad.		
Prestaciones por hijo o menor acogido a cargo discapacitado con complemento de tercera persona.		
Pensiones generadas y devengadas en el extranjero.		
Prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia percibidas en el ejercicio en que se solicita la ayuda.		

(*) Se consignarán las rentas obtenidas en el segundo ejercicio anterior a aquel para el que se solicita la ayuda, salvo las prestaciones del Sistema para atención a la Dependencia, que deberán corresponder al mismo ejercicio para el que se solicita.

(**) Se considera Unidad Familiar la constituida por el titular, las personas incluidas en su documento de afiliación y, en todo caso, el cónyuge o conviviente aunque no esté incluido en el campo de aplicación del Régimen Especial de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas. En el supuesto de titulares por derecho derivado de orfandad, menores de edad, se incluirá al progenitor con el que convivan, si lo hubiere.

A estos efectos, se deberán acompañar certificaciones relativas a los ingresos percibidos en el año 20.., de organismos distintos del ISFAS, exentos del IRPF. Este requisito no será necesario para renovaciones posteriores.

Para todos los solicitantes, hayan percibido o no pensiones o prestaciones exentas del IRPF:

El/los abajo firmante/s autoriza/n al ISFAS para realizar las verificaciones y consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las Administraciones Públicas competentes.

En....., a de de 20 ...

Firma del titular:

Firma de los otros miembros de la unidad familiar (consignar nombre y apellidos y DNI):

NOTA: La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Los datos contenidos en esta Declaración se integrarán en los ficheros del ISFAS, sin que puedan ser utilizados para finalidades distintas o ajenas al Instituto, de conformidad con los principios de protección de datos de carácter personal establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La falsedad de los datos proporcionados para la obtención de prestaciones determinará la baja en las prestaciones reconocidas y la apertura de un expediente de reintegro de cantidades por prestaciones indebidamente percibidas.