

ASISTENCIA SANITARIA EXTRANJEROS

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR LOS EXTRANJEROS QUE SE ENCUENTRAN EN ESPAÑA Y QUE, AL AMPARO DE LA LEY ORGANICA 4/2000, DE 11 DE ENERO, SE ACOGEN A LA VIA DEL REAL DECRETO 1088/89, DE 8 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE EXTIENDE LA COBERTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL A PERSONAS SIN RECURSOS ECONOMICOS SUFICIENTES.

1. SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA (F.6)
2. FORMULARIO PARA LA EMISION DE LA TARJETA SANITARIA.(F.1)
3. FOTOCOPIA DEL PASAPORTE O DOCUMENTO QUE ACREDITE LA IDENTIDAD.
SI SE TRATA DE UN MENOR DE 18 AÑOS, DEBERA PRESENTAR DOCUMENTO QUE LO ACREDITE.
4. CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO DEL MUNICIPIO EN EL QUE RESIDE.
5. FOTOCOPIA DE LA DECLARACION DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DEL ULTIMO EJERCICIO, CASO DE QUE EL SOLICITANTE O ALGUN OTRO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR VINIERA OBLIGADO A REALIZARLA.
6. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL (ADMINISTRACION DE LA TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL)

FORMULARIO PARA LA EMISION DE LA TARJETA SANITARIA

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL USUARIO

1) 1.º APELLIDO

2) 2.º APELLIDO

3) NOMBRE

4) Si su nombre es compuesto, indique cuál de ellos desea que aparezca completo en la tarjeta sanitaria.

5) N.º D. N. I. o N. I. E.

6) SEXO VARON MUJER

7) ¿ES PENSIONISTA O BENEFICIARIO DE PENSIONISTA? SI NO

8) ¿PERTENECE AL R. E. AGRARIO (C. PROPIA)? SI NO

9) FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO

10) COMUNIDAD AUTONOMA DE NACIMIENTO

11) PAIS DE NACIMIENTO

12) DOMICILIO ACTUAL CALLE O PLAZA NUMERO PISO PUERTA

13) LOCALIDAD

14) PROVINCIA

15) C. POSTAL

16) TELEFONO

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL INSALUD

* 7) MEDICO ASIGNADO: (Adherir etiqueta de adscripción de médico)

Dr.

Dir.

Tel. C. ta Urg.

N.º CIAS. C. Centro

18) N.º AFILIACION A LA S. SOCIAL

19) ¿ES TITULAR O BENEFICIARIO? (T o B)

20) CADUCIDAD (Sólo extranjeros) MES AÑO

21) SI PROCEDE DE UNA C. A. CON COMPETENCIAS TRANSFERIDAS CIAS ANTERIOR

22) CLAVE DE EMISION

23) TIPO DE USUARIO

(Anotar en el cuadro blanco correspondiente)

G	GENERAL	
P	PENSIONISTA	
F	FARM. GRAT.	
M	MUFACE	
C	E. COLABORADORA NO PENSIONISTA	N.º <input type="text"/>
Y	E. COLABORADORA PENSIONISTA	
S	SINDROME TOXICO. NO PENSIONISTA	
Z	SINDROME TOXICO. PENSIONISTA	
K	MUGEJU	
I	ISFAS A	
H	ISFAS B	
L	ISFAS C	



SELLO

POR FAVOR, AL RELENAR ESTE FORMULARIO, ESCRIBA CON BOLIGRATO Y SOBRE UNA SUPERFICIE DURA

El impreso original es autocopiativo. Por lo tanto, este impreso es un simple modelo no utilizable ante la Administración.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS SIN RECURSOS ECONOMICOS SUFICIENTES

(R. D. 1000 / 1989, DE 6 DE SEPTIEMBRE)

F6

I. SOLICITANTE

1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	Sexo	Estado Civil (1)	Lugar y fecha de nacimiento
Provincia	D. N. I.	Domicilio: Calle ó Plaza		N.º	Piso
Código Postal	Provincia	Rentas Anuales (2)	N.º de miembros Unidad familiar		Clave Médica Provisional (3)

II. FAMILIARES MENORES E INCAPACITADOS PARA LOS QUE SE SOLICITA ASISTENCIA SANITARIA

1.	1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	Sexo	Estado Civil (1)	Lugar y fecha de nacimiento
	Provincia	Incapacitados SI/NO	D.N.I.	Parentesco		Clave Médica Provisional (3)

2.	1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	Sexo	Estado Civil (1)	Lugar y fecha de nacimiento
	Provincia	Incapacitados SI/NO	D.N.I.	Parentesco		Clave Médica Provisional (3)

3.	1.º Apellido	2.º Apellido	Nombre	Sexo	Estado Civil (1)	Lugar y fecha de nacimiento
	Provincia	Incapacitados SI/NO	D.N.I.	Parentesco		Clave Médica Provisional (3)

(1) Estado civil: Se consignará la inicial. S = soltero, C = casado, V = viudo.

(2) Deberán consignarse en este apartado todos los ingresos y rentas de cualquier naturaleza que posean los miembros de la unidad familiar de la que forme parte el solicitante.

(3) A cumplimentar por el INSALUD.

1. DECLARACIONES

El solicitante declara:

- 1.º) Que son exactos los ingresos y rentas, incluidas las procedentes del derecho a alimentos, y que el solicitante ni directa ni indirectamente disfruta de otras rentas que las que figuran en la solicitud.
- 2.º) Que los menores o incapacitados reflejados en el apartado II conviven y dependen económicamente del solicitante, y que es cierto el n.º de miembros que componen la unidad familiar.
- 3.º) Que el solicitante y los menores o incapacitados que con él conviven no están incluidos en régimen alguno de la Seguridad Social como titular o beneficiario con derecho a la asistencia sanitaria y carecen de cualquier tipo de protección sanitaria pública.

NOTA: El cónyuge y los mayores de edad integrantes de la unidad familiar deberán formular solicitudes independientes.

(Lugar, fecha y firma del solicitante).

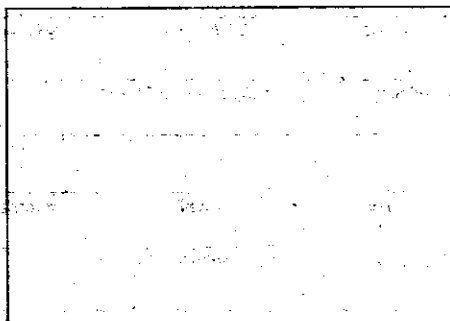
REVERSO --> F6

2. DOCUMENTACION

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad o pasaporte.
- Copias de las declaraciones del impuesto sobre la renta del último ejercicio, caso de que el solicitante o algún otro miembro de la unidad familiar vinieran obligados a realizarla.
- Fotocopia del Libro de Familia.

3. CERTIFICADOS

- Certificado del Registro Civil acreditativo de la nacionalidad española en caso de no poseer D.N.I. o pasaporte.
- Certificado o certificados del Ayuntamiento comprensivos del lugar de residencia y de la no inclusión en la asistencia sanitaria benéfica del solicitante y de los menores o incapacitados que con él conviven.
- Certificado del Instituto Nacional de Servicios Sociales o de los órganos competentes acreditativo de la minusvalía de las personas que como incapacitadas figuran en la solicitud.



Selo

SOLICITUD DE AFILIACION/NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

El impreso original es autocopiativo. Por lo tanto, este impreso es un simple modelo no utilizable ante la Administración.

INSTRUCCIONES

EL DOCUMENTO DEBERA CUMPLIMENTARSE A MAQUINA O A MANO, CON LETRAS MAYUSCULAS Y EVITANDO LAS ENMIENDAS Y TACHADURAS.

DATOS DE IDENTIFICACION

- Nombre y apellidos.- Se consignarán los datos en los recuadros indicados para cada uno de ellos, suprimiendo, en su caso, preposiciones, artículos y restantes partículas de enlace no significativas.
- Sexo.- En caso de varón, se consignará un 1; en caso de mujer, un 2.
- Apellido de soltera.- Este dato sólo se cumplimentará por nacionales de países de la Unión Europea, en los casos que proceda, con excepción de los nacionales españoles.
- Nombre del padre y de la madre.- Se indicará sólo el nombre en los recuadros reservados para cada uno de ellos.
- Fecha de nacimiento.- Se indicará el día, mes y año en que tuvo lugar.
- Lugar de nacimiento: Municipio, Provincia y País.- Se indicarán los nombres del municipio, de la provincia y del país en que el nacimiento tuvo lugar.
- Nacionalidad.- La que se ostente en el momento de producirse la solicitud.
- Tipo de Documento Identificativo.- Se indicará el tipo de documento que identifica al solicitante: D.N.I., Pasaporte, Tarjeta de Residente Comunitario, Permiso de Residencia y Trabajo, etc.
- Número del Documento.- Se reflejará el número del Documento Identificativo. Si es D.N.I. se indicará su número y la letra final; si es Pasaporte, su número; si se trata de Tarjeta de Residente Comunitario o Permiso de Residencia y Trabajo se indicará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.), compuesto de una letra, un número y otra letra final.

DATOS DE DOMICILIO

- Tipo de Vía Pública.- Se indicará la denominación que a la misma corresponda (Calle, Plaza, Camino, Pasaje, etc.).
- Nombre de la Vía Pública.- Se reflejará su nombre completo, sin abreviaturas y omitiendo los artículos y preposiciones de enlace que no sean significativos.
- Número, Bis, Escal., Piso, Puerta.- Se consignarán los datos que correspondan.
- Municipio/Entidad de ámbito inferior al Municipio, Provincia, Código Postal y Teléfono.- En el primer recuadro se consignará la denominación del Municipio y, de ser otra Entidad inferior al mismo, se indicará si se trata de concejos, pedanías, aldeas, barrios, parroquias, caseríos, etc., cuando sea necesario para su correcta localización. Las denominaciones se escribirán completas, sin abreviaturas y omitiendo artículos y preposiciones de enlace.

OTROS DATOS

- Fecha de cumplimentación del documento.- Indicar día, mes y año.
- Firma del solicitante.- El documento deberá ser firmado por el solicitante.
- Firma del empresario cuando proceda.- Si el solicitante es trabajador por cuenta ajena figurará la firma del empresario.

DOCUMENTACION A APORTAR

- Documento Identificativo del Solicitante.

MOD. TA.1

Artes Gráficas GANDOLFO, Sevilla.

SOLICITUD DE AFILIACION/NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION

1. NOMBRE	1.º APELLIDO	2.º APELLIDO	2. SEXO
3. APELLIDO DE SOLTERA (Sólo nacionales Unión Europea excepto España)			
4. NOMBRE DEL PADRE Y DE LA MADRE	PADRE	MADRE	5. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
6. NACIONALIDAD			
7. LUGAR DE NACIMIENTO: MUNICIPIO	PROVINCIA	PAIS	
8. TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	9. NUMERO DEL DOCUMENTO	Letra	Numero

DATOS DE DOMICILIO

10. TIPO DE VIA PUBLICA	11. NOMBRE DE LA VIA PUBLICA	12. NUMERO	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA
13. MUNICIPIO/ENTIDAD DE AMBITO INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA	COD. POSTAL		TELEFONO (con prefijo)	

14. Fecha de cumplimentación del documento Día Mes Año	15. Firma del solicitante	16. Firma del Empresario cuando proceda	Fecha y sello de la Administración de la Seguridad Social
---	---------------------------	---	---

MOD. TA.1

EJEMPLAR PARA LA TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Artes Gráficas GANDOLFO, Sevilla.



MINISTERIO DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

TESORERIA GENERAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCION PROVINCIAL

Camino de las Torres 22
50008 ZARAGOZA

Teléfono: (976) 72.20.00

NOTA INFORMATIVA

Esta es la tabla de asignación de Administraciones de nuestra provincia, que le indicará dónde le pueden atender sobre las dudas que tenga de este informe, en función del **distrito postal de su domicilio**.

Nº	DOMICILIO	TELEFONO	CODIGOS POSTALES
1	AVDA. DE MADRID, 24 50010.-ZARAGOZA	976 53 68 68 Fax: 976 53 75 80	50003 - 50004 - 50010 - 50011 - 50017 - 50120 - 50190 - 50820 - 50692
2	FRAY LUIS AMIGÓ, 6-8 50006.-ZARAGOZA	976 38 46 96 Fax: 976 38 02 74	50005 - 50006 - 50007 - 50009 - 50012
3	SAN JUAN DE LA PEÑA, 2 50015.-ZARAGOZA	976 29 71 92 Fax: 976 29 85 89	50014 - 50015 - 50016 - 50020 - 50056 - 50057 - 50058 50059 - 50090 50110 - 50160 - 50161 - 50162 - 50171 50172 - 50191 - 50192 - 50193 50194 - 50195 - 50800 50810 - 50820 - 50830 - 50840
4	GRAN VÍA, 22 50005.-ZARAGOZA	976 21 88 99 Fax: 976 23 24 35	Resto de Municipios de la Provincia
5	RAMÓN Y CAJAL, 3-5 50300-CALATAYUD	976 88 44 65 Fax: 976 88 46 16	Municipios de las comarcas de: ATECA, DAROCA, Y CALATAYUD
6	MONASTERIO SAMOS, 27 50013.- ZARAGOZA	976 59 68 58 Fax: 976 59 84 60	50001 - 50002 - 50008 - 50013 - 50720