

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

Apellidos	_____	Nombre	_____
Calle/Plaza	_____	Número	_____
Localidad	_____	Código Postal	_____
Provincia	_____	Teléfono	_____

NOMBRE DE LA EMPRESA SUMINISTRADORA DE LA HEMODIÁLISIS

SOLICITA:

Que, al estar recibiendo tratamiento de Hemodiálisis Domiciliaria con Máquina y de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.2 de la Resolución de 1 de marzo de 2006, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (BOE nº 62, de 14 de marzo de 2006), **le sea concedida la compensación económica por los gastos de electricidad y/o agua.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

## **PRESTACIÓN HEMODIÁLISIS / DIÁLISIS DOMICILIARIA**

- 1- Fotocopia del DNI del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 2- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 3- Libro de Familia (en caso de menores de edad).
- 4- Sentencia de incapacidad (en caso de mayores de edad incapacitados).
- 5- Testamento y Certificado de Últimas Voluntades, en caso de que el paciente hubiese fallecido. Declaración de Herederos en el caso de que no exista testamento.
- 6- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 7- Hoja de prescripción del facultativo.
- 8- Nombre de la empresa suministradora de la Hemodiálisis / Diálisis domiciliaria.