



Rexistro INSS

Solicitud de CONTINUACIÓN TRAS INTERRUPCIÓN DA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en <https://run.gob.es/tramites> ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en <https://run.gob.es/trdcita>

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (sinálese cunha aspa X)

Neuropsiquiatría continuación:

Internamento completo

Ambulatorio

Hospitalización día (internamento)

Prórrogas

2.- DATOS PERSOAIS DO ESTUDANTE

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome				
DNI - NIE		Sexo <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller	Nome do pai		Nome da nai			
Data de nacemento		Nº da Seguridade Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario		¿Traballa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON				
Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código Postal	Localidade			Provincia				
Nacionalidade		Teléfono fixo	Teléfono móbil	Correo electrónico				

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carreira ou especialidade		Curso	
Centro docente			Localidade

4.- SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO

PROXENITOR

TITOR

GARDADOR

CURADOR

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome					
DNI - NIE		Data de nacemento		Sexo <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller					
Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidade			Provincia		Nacionalidade			

5.- SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO PERSOA XURÍDICA

NIF		Denominación								
Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Núm. de teléfono	
Código postal		Localidade			Provincia					

Apellidos e nome:	DNI - NIE	②
-------------------	-----------	---

6.- ENDEREZO DE COMUNICACIÓNS ESTUDANTE SOLICITANTE

Enderezo: (rúa, praza ...)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidade	Provincia					
LINGUA COOFICIAL, en la que dexesa recibir a súa correspondencia:							

7.- SOLICITOU/PERCIBIU A PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA NOUTRA PROVINCIA

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NON	Provincia	Período recoñecido: desde ata
-----------------------------	------------------------------	-----------------	---

8.- COBRAMENTO DA PRESTACIÓN (para cubrir cando se trate de prestacións económicas ou prestacións sanitarias facilitadas por centros NON autorizados)

PAGAMENTO EN ESPAÑA (Banco ou Caixa de Aforro)									
BIC:									
Código IBAN (antiga conta corrente)	CÓDIGO PAÍS	CCC							
		ENTIDADE	OFICINA/ SUCURSAL	DÍX. CONTROL	NÚMERO DE CONTA				
TITULAR DA CONTA: ESTUDANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>									
Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome		DNI-NIE			
Núm. de teléfono	Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade		Provincia						

DECLARO, que son certos os datos incluídos nesta solicitude.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para consultar e recoller electronicamente os datos ou documentos que se atopan en poder de calquera Administración, cuxo acceso non estea previamente amparado pola lei e que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida:

- SI dou o meu consentimento**
- NON dou o meu consentimento**

NOTA IMPORTANTE: En caso de non dar o seu consentimento deberá achegar, no prazo de 10 días hábiles, os documentos que se lle indiquen que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para utilizar o teléfono móbil, o correo electrónico e os datos de contacto consignados nesta solicitude para enviarlla comunicacións en materia de Seguridade Social:

- SI dou o meu consentimento**
- NON dou o meu consentimento**

Apellidos e nome:

DNI - NIE

③

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE	Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)
FINALIDADE	Xestión das prestacións do Sistema da Seguridade Social competencia do INSS
LEXITIMACIÓN	Exercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Só se efectuarán cesións e transferencias previstas legalmente ou autorizadas mediante o seu consentimento
DEREITOS	Acceder, rectificar e suprimir os datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional
PROCEDENCIA	Recollemos datos doutras administracións e entidades nos termos previstos legalmente
INFORMACIÓN ADICIONAL	Pode consultar información adicional e polo miúdo na folla informativa que se achega ao presente formulario no apartado “INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS”

....., dedo 20

Sinatura do solicitante

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario

Solicitud de CONTINUACIÓN TRAS INTERRUPCIÓN DA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA DO SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA O TRÁMITE DA PRESTACIÓN(*)

EXHIBICIÓN DOS SEGUINTE DOCUMENTOS EN VIGOR.

1.- EN TODOS OS CASOS:

- **Españóis:** Documento nacional de identidade (DNI).
- **Extranjeros:**
 - Ciudadáns da U.E /E.E.E. ou Suiza:
 - Certificado de rexistro de cidadán da Unión ou
 - Certificado do dereito a residir con carácter permanente e
 - Con pasaporte ou
 - Documento de Identidade en vigor. (arts. 7.1 y 10.1 RD 240/2007, de 16 de febreiro).
 - Membros da familia dun cidadán da U.E/E.E.E ou Suiza que non posúan a nacionalidade dun dos ditos Estados:
 - Tarxeta de residencia de familiar de cidadán da Unión ou
 - Resgardo acreditativo da presentación da solicitude da tarxeta. (arts. 8 y 10.3 RD 240/2007, de 16 de febreiro).
 - No nacionais da U.E./E.E.E. ou Suiza que residan en territorio nacional:
 - Tarxeta de identidade de extranxeiro (TIE) ou
 - Autorización da residencia temporal ou
 - Autorización da residencia permanente.

PRESENTACIÓN DOS SEGUINTE DOCUMENTOS EN VIGOR:

- a) **Estudantes non universitarios:** Certificado do centro de estudos onde se especifique o curso que realiza así como o aboamento das cotas do Seguro Escolar, salvo que o estudante, non estea matriculado por continuar en situación de enfermidade (neuropsiquiatría).
- b) **Estudantes universitarios:** Resgardo do impreso da matrícula en que conste a facultade, o curso, as materias o pagamento da cota do Seguro Escolar, resgardo do aboamento do impreso da matrícula e das taxas académicas salvo que o estudante non estea matriculado por continuar en situación de enfermidade (neuropsiquiatría).
- c) **Estudantes non universitarios e universitarios:** Informe xustificativo por un médico psiquiatra (prestacións de neuropsiquiatría) que acredite que non puido matricularse por continuar en situación de enfermidade.

2.- SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO:

2.1 PROXENITOR OU TITOR DO ESTUDANTE:

- DNI do proxenitor/titor orixinal.
- Libro de familia.
- Resolución xudicial pola que se constituía a tutela e
- Documento de toma de posesión do titor ou
- Aceptación do cargo de titor.

2.2 PERSOA XURÍDICA:

- Número de Identificación Fiscal (NIF), da entidade solicitante orixinal.
- Poder notarial ou nomeamento polo que se outorga a representación legal.

Un destes documentos:

- Documento acreditativo da entidade pública á que está encomendada a protección de menores ou
- Apoderamento nos casos de menores en acollida.

2.3 EN SUPOSTOS DE GARDA DE FEITO:

- Resolución administrativa de constitución da garda ou
- Acta de notoriedade tramitada perante notario ou
- Declaración do xuíz da existencia da garda ou
- Declaración do gardador.

2.4 EN SUPOSTOS DE CURATELA:

- Resolución xudicial mediante a que se constituíe a curatela e
- Documento da toma de posesión do curador ou
- Aceptación do cargo de curador.

PRESTACIÓN SANITARIA

- 3.- **Prórroga da prestación sanitaria de neuropsiquiatría:** Presentación das facturas orixinais xustificativas dos gastos, con referencia ao nº de factura, nome e apelidos ou razón social, NIF, CIF e no seu caso nº de colexiado do expedidor, nome e apelidos, DNI do destinatario. As facturas conterán a descrición do acto médico e a súa valoración económica, debendo figurar o detalle dos conceptos, relación e prezo de cada acto médico, lugar e data de emisión.

Acreditación da persoa que fixo efectivo o pago da factura.

Solicítase de forma obrigatoria un dos seguintes documentos excluíntes entre si: Se se trata do primeiro curso incluído no ámbito de estudos do seguro escolar: “certificado do colexio que acredite o curso anterior“. Para o resto dos casos: “xustificante de abono da cota do curso anterior”.

(*) Se os documentos foron emitidos por organismos estranxeiros, será necesario que cumpran cos requisitos de legalización para ser válidos en España.

Solicitud de CONTINUACIÓN TRAS INTERRUPCIÓN DA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA DO SEGURO ESCOLAR

O INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL INFÓRMAO:

De acordo co artigo único do Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE do 8 de abril), o prazo máximo para resolver e notificar o procedemento iniciado é de 90 días contados desde a data en que a súa solicitude foi rexistrada nesta Dirección Provincial ou, se for o caso, desde que chegar os documentos requiridos.

Transcorrido o devandito prazo sen recibir notificación coa resolución desta solicitude, poderá entender que a súa petición foi desestimada por aplicación de silencio negativo e solicitar que se dite resolución, tendo esa solicitude valor de reclamación previa de acordo co establecido no art. 71 da Lei 36/2011, do 10 de outubro, reguladora da xurisdición social (BOE do día 11).

Se este formulario non vai xunto cos documentos necesarios para a súa tramitación, deberá exhibilos ou presentalos en calquera dependencia desta Dirección Provincial, persoalmente ou por correo, no prazo de dez días contados desde o día seguinte a recibir a notificación.

O incumprimento do prazo sinalado terá os seguintes efectos:

- Se na solicitude non se achegaren os documentos 1 o 2.4, entenderase que desiste dela, conforme o previsto nos arts. 66 e 68 da Lei 39/2015, de 1 de outubro (BOE de 2-10-2015). Se, pola contra, os presenta no tempo requirido, o prazo máximo para resolver e notificar a súa prestación iniciarase a partir da data de recepción deses documentos.
- Resto de documentos: 3 o 11, considérase que non acreditou os requisitos precisos para o cálculo correcto da súa prestación. O seu expediente tramitarase sen ter en conta as circunstancias ás que se refiren por non seren probadas, de acordo co art. 77 da mesma Lei 39/2015.

LEMBRE:

Se se producir algunha variación nos datos declarados, tanto no referente á situación económica (ingresos laborais ou outro tipo de rendas), familiar (cambio de estado civil, defuncións, etc.) ou do seu domicilio (de residencia, fiscal) debe vostede comunicalo á Dirección Provincial ou a un Centro de Atención e Información (CAISS) deste Instituto.

Se vai enviar por correo postal este formulario, pode achegar fotocopia da documentación solicitada.

Se desexa que as notificacións que remite a Seguridade Social se realicen a partir de agora tan só por medios electrónicos, comuníquenolo no servizo de desistencia do canle postal en <http://run.gob.es/sckwao>.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE DO TRATAMENTO	<p><i>Quen é o responsable do tratamento dos seus datos persoais?</i></p> <p>Instituto Nacional da Seguridade Social Rúa Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<p><i>Como pode contactar co Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Enderezo do Servizo Xurídico da Seguridade Social Rúa Sagasta, 13 - 6ª Andar CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDADE DO TRATAMENTO	<p><i>Para que empregaremos os seus datos?</i></p> <p>Os seus datos serán tratados coa finalidade principal de resolver esta solicitude e de xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.</p> <p>O tratamento dos seus datos de contacto terá coma finalidade a realización de comunicacións e remisión de información en materia de Seguridade Social.</p> <p>Os datos persoais proporcionados conservaranse mentres sexan necesarios para xestionar a súa prestación ou as dos seus posibles beneficiarios, así como para outros fins de arquivo e estatística pública.</p>
LEXITIMACIÓN DO TRATAMENTO	<p><i>Cal é a lexitimación para o tratamento dos seus datos?</i></p> <p>O tratamento dos datos realizarase sobre a base do exercicio de poderes públicos autorizado por unha norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 e concordantes do Real Decreto Lexislativo 8/2015, de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en adiante TRLXSS).</p> <p>Verbo das comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa a outorgalo suporá que non poderá recibir este tipo de envíos, se ben non impedirá que lle podamos informar polos ditos canais do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a proporcionar o seu enderezo de correo electrónico e número de teléfono móbil e que, en caso de non facilitalos, non impedirá o trámite da súa solicitude.</p>
DESTINATARIOS DE CESIÓNS OU TRANSFERENCIAS	<p><i>A quen comunicaremos os seus datos?</i></p> <p>Os datos persoais obtidos polo Instituto Nacional da Seguridade Social no exercicio das súas funcións teñen carácter reservado e só se empregarán para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, agás que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS, así como os supostos indicados en calquera outra norma de rango legal.</p> <p>Se se trata dunha solicitude baseada en normativa internacional, os seus datos poderán ser cedidos aos organismos estranxeiros competentes para o trámite da súa solicitude.</p>
DEREITOS DAS PERSOAS INTERESADAS	<p><i>Cales son os seus dereitos cando nos proporciona os seus datos persoais?</i></p> <p>Verbo dos datos persoais proporcionados, pode exercitar en calquera momento e nos termos establecidos pola normativa de protección de datos os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e oposición, ou ben retirar o consentimento prestado ao seu tratamento nos casos que fose requirido, todo iso mediante escrito presentado nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social (CAISS) ou, por correo postal ou a través da sede electrónica da Seguridade Social, ante o Delegado de Protección de Datos cuxos datos se atopan no segundo apartado desta táboa.</p> <p>Informámoslle de que en caso de considerar que o seu requirimento non foi atendido oportunamente, ten a posibilidade de presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos.</p>
PROCEDENCIA	<p><i>Como obtemos os seus datos persoais?</i></p> <p>Amáis dos datos proporcionados por vostede na súa solicitude, recolleemos outros datos persoais doutras administracións e entidades en cumprimento da normativa e co fin de axilizar e facilitar a actuación administrativa. Estes accesos a datos están amparados en normas con rango de lei.</p>