

Ayuda para compensar gastos de parking de aeropuerto para acudir a citaciones médicas con desplazamiento por derivación de IBSALUT a otras comunidades.

La Asociación Balear de la Enfermedad de Andrade ofrece una ayuda económica para la compensación de los gastos derivados por el aparcamiento del vehículo en el aparcamiento de los aeropuertos de las Islas Baleares.

Para poder acceder a la ayuda deberán presentarse los siguientes documentos:

- **Justificante de asistencia a la consulta médica (el mismo que se solicita en el IBSALUT o similar). No podrán haber transcurrido más de dos meses desde la fecha en que se realizó el desplazamiento.**
- **Ticket original del aparcamiento.**
- **Fotocopia de la cuenta corriente o libreta del solicitante de la ayuda.**
- **Solicitud de ayuda debidamente cumplimentada. Este impreso se podrá encontrar en las dependencias de ABEA en su sede social o a través de la página www.andradebalear.es.**

Importe máximo de la ayuda por solicitud: 15 euros.

Ajuda per a compensar despeses de pàrquing d'aeroport per a acudir a citacions mèdiques amb desplaçament per derivació de IBSALUT a altres comunitats.

L'Associació Balear de la Malaltia d'Andrade ofereix una ajuda econòmica per a la compensació de les despeses derivades per l'aparcament del vehicle a l'aparcament dels aeroports de les Illes Balears.

Per a poder accedir a l'ajuda s'hauran de presentar els següents documents:

- **Justificant d'assistència a la consulta mèdica (el mateix que es sol·licita en el IBSALUT o similar). No podran haver transcorregut més de dos mesos des de la data que es va realitzar el desplaçament.**
- **Tiquet original de l'aparcament.**
- **Fotocòpia del compte corrent o llibreta del sol·licitant de l'ajuda.**
- **Sol·licitud d'ajuda degudament emplenada. Aquest imprès es podrà trobar en les dependències d'ABEA a la seva seu social o a través de la pàgina www.andradebalear.es.**

Import màxim de l'ajuda per sol·licitud: 15 euros.

Anexo 1. Justificante de Asistencia



JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA
JUSTIFICANT D'ASSISTÈNCIA

El / la paciente

El / la pacient

Ha asistido a consulta / ingreso al Servicio de

Ha assistit a consulta / ingrés al Servei de

.....

Del Hospital

el día / los días

De l'Hospital el dia / els dies

de

de

..... , de de

Sello del Hospital

Segell de l'Hospital



Fecha / Data

SOLICITUD DE AYUDA / SOL·LICITUD D'AJUDA

PRESTACIÓN QUE SOLICITA / PRESTACIÓ QUE ES SOL·LICITA:

Compensar gastos parking aeropuerto / Compensar despeses pàrquing aeroport.

Otros (terapia grupo, psicología) / Altres (teràpia grup, psicologia, etc):

.....

BENEFICIARIO PARA EL CUÁL SE SOLICITA:

BENEFICIARI PER A QUI ES SOL·LICITA:

Nombre y Apellidos:

Nom i llinatges:

Fecha de nacimiento:

Data de naixement.....

D.N.I.

D.N.I.:

Dirección / Adreça:

Calle o plaza / Carrer o plaça

Núm / Nombre **Escalera / Escala** **Piso / Pis** **Letra / Lletra**

Localidad / Localitat **C.P. / C.P.**

Teléfonos / Telèfons :

e-mail / e-mail.....

SOLICITANTE (no es necesario rellenar si coincide con el beneficiario):

SOL·LICITANT (no es necessari emplenar si coincideix amb el beneficiari):

Nombre y Apellidos / Nom i llinatges:.....

D.N.I.: **Parentesco / Parentiu:**

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA CORRIENTE O LIBRETA:

DADES DEL TITULAR DEL COMPTE CORRENT O LLIBRETA:

Nombre y apellidos / Nom i llinatges:

Entidad				Oficina				D.C.		Cuenta Corriente										
Entitat				Oficina				D.C.		Compte corrent										

Firma del Solicitante:

Firma del Sol·licitant:

.....