SOLICITUD DEL CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS QUE NO TENGAN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS NI DE BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

* [Acuerdo de Gobierno de 6 de abril de 2018](https://www.navarra.es/documents/48192/6798809/ACUERDO+6+de+abril+de+2018%2C+exenci%C3%B3n+pago+Convenios.pdf/ef9d67ef-70dd-49d4-a5eb-1440e01bed0d?t=1660291867921), por el que se acuerda la exención del pago del precio público derivado de los convenios especiales de asistencia sanitaria en Navarra cuando afecte a personas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad económica y social.
* [Real Decreto 576/2013](https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-8190-consolidado.pdf), por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias de Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
* [Real Decreto 1192/2012](https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-10477), por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** (suscriptor/a del convenio) | | | |
| Nombre | Primer apellido | | Segundo apellido | |
|  |  | |  | |
| NIE en vigor | | HOMBRE  OTROS/AS  MUJER | | |
| Fecha de nacimiento | País de Nacimiento | | Nacionalidad | |
| Dirección | | | | |
| Código Postal | Población | | Teléfono | |
| Correo electrónico | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. DATOS DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA SOLICITANTE** (en el caso de personas menores o titular que lo requiera)1\* | | | | | |
| Nombre | | Primer apellido | | | Segundo apellido | | |
|  | |  | | |  | | |
| NIE/DNI en vigor PASAPORTE | | | | | HOMBRE OTROS  MUJER | | |
| Fecha de nacimiento | | País de nacimiento | | | Nacionalidad | | |
| VINCULACION ENTRE LA PERSONA REPRESENTANTE Y LA PERSONA SOLICITANTE | | | | | | | |
| Guardador/a de hecho | Curador/a | | Defensor Judicial | Madre/Padre o representante legal(en caso de menores) | | | Persona autorizada al efecto(adjuntar documento que acredita la autorización expresa |
| Dirección | | | | | | | |
| Código Postal | | Población | | | Teléfono | | |
| Correo electrónico | | | | | | | |

1. Este apartado 2 solo se cumplimentará en caso de que el titular del Convenio sea menor de edad, debiendo acreditarlo con el Libro de Familia o Certificado de Nacimiento del menor (Ver apartado Documentación).

También se cumplimentará en caso de que el titular del Convenio precise de un representante para la gestión de este Convenio. En este caso, se aportará un documento acreditativo de la representación.

**3. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

|  |
| --- |
| **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD** que no poseo la condición de persona asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud ni tengo acceso a un sistema de protección sanitaria pública por otra vía, ya sea por aplicación de la normativa nacional; de los Reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social; o de los Convenios Bilaterales que, en dicha materia, hayan sido suscritos por España con Andorra o Chile.  HE RECIBIDO INFORMACIÓN EN REFERENCIA:   1. A la contraprestación económica que conlleva la suscripción de este Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria, según lo establecido en el RD 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, fijado en la actualidad en 60 euros al mes para las personas de menos de 65 años y de 157 euros al mes para las personas de más de 65 años. Igualmente he recibido información sobre las formas de pago y de las causas de extinción del citado Convenio. 2. Al [Acuerdo de Gobierno de 6 de abril de 2018](https://www.navarra.es/documents/48192/6798809/ACUERDO+6+de+abril+de+2018%2C+exenci%C3%B3n+pago+Convenios.pdf/ef9d67ef-70dd-49d4-a5eb-1440e01bed0d?t=1660291867921), por el que se acuerda la exención del pago.   Información facilitada o proporcionada a través de:   * Profesional Trabajo Social del Centro de Salud. * Página Web del Gobierno de Navarra. |

**4. SOLICITO:**

|  |
| --- |
| La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, para poder acceder a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud y a la cartera básica complementaria de la Comunidad foral de Navarra, en los términos establecidos en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio por el que se establecen los requisitos básicos de las personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud   * Ser Suscriptor/a menor de 65 años: cuota mensual 60 euros. * Ser Suscriptor/a de 65 o más años: cuota mensual 157 euros. * Ser Suscriptor/a con **exención de pago**, en situación de especial vulnerabilidad económica y social, según el punto 1º del Acuerdo del Gobierno de Navarra, de 6 de abril de 2018 **justificado con Informe Social**. |

En ……………………………………………. a …………… de …………………… de202 ….

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA y NOMBRE** de la persona solicitante | **FIRMA Y NOMBRE** representante si lo hubiera |
|  |  |

**5. anexo DECLARACIÓN RESPONSABLE para exención de pago**

|  |
| --- |
| **Declaro** que únicamente puedo tener acceso al Sistema Nacional de Salud a través de la figura del convenio especial, y cumplo con los requisitos exigidos en el Real Decreto 576/2013, por el que se regulan los citados convenios.  Así mismo **declaro** tener unos ingresos anuales inferiores a los 18.000 euros para poder acogerme a los requisitos de la exención de pago establecida en el punto 1º del acuerdo de gobierno de 6 de abril de 2018 del Gobierno de Navarra y encontrarme en una situación de especial vulnerabilidad económica y social.  Autorizo al Departamento de Salud para hacer las comprobaciones precisas de los datos declarados. |

*Declaración responsable: de acuerdo con el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas se entenderá por declaración responsable el documento suscrito por un interesado en el que éste manifiesta, bajo su responsabilidad, que cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio, que dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida, y que se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el período de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio. En consecuencia, se utiliza una figura reconocida legalmente para simplificar el procedimiento y que, bajo la responsabilidad de quien hace la declaración, sustituye a la presentación de documentación para acreditar determinados requisitos.*

En ……………………………………………. a …………… de …………………… de202 ….

|  |
| --- |
| **FIRMA y NOMBRE de la persona solicitante** |
|  |

|  |
| --- |
| **FIRMA Y NOMBRE de la persona representante si lo hubiera** |
|  |

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

* Fotocopia NIE en vigor de la persona solicitante
* Pasaporte completo de la persona solicitante (copia íntegra y legible de todas las hojas, incluido el anterior pasaporte, en caso de haber efectuado una renovación del mismo en el último año).
* Fotocopia de la resolución de autorización del permiso de residencia de la persona solicitante

En caso de que hubiera representante:

* Libro de familia o certificado de nacimiento (si el titular del convenio es un/a menor).
* Fotocopia NIE o pasaporte de la persona representante.
* Documento acreditativo de la representación.
* Certificado de empadronamiento en la Comunidad Foral emitido como máximo 15 días antes de la solicitud.
* Acreditación de residencia efectiva en España durante el último año antes de la solicitud del convenio. (El requisito de residencia efectiva durante un año en España se entenderá cumplido cuando se acrediten periodos de residencia en el territorio de los demás Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, de Suiza o del Reino Unido”, con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 6 de totalización de los periodos del Reglamento (CE) No. 883/2004
* Informe social que justifique vulnerabilidad social recogido en el punto 1 del Acuerdo del Gobierno de Navarra, de 6 de abril de 2018, que dice: “*1.º Eximir del pago del precio público correspondiente al convenio especial sanitario a las personas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad económica y* **social**”.

**OBLIGACIONES**

* Comunicar cualquier cambio en las circunstancias que se hayan tenido en cuenta para la concesión del Convenio Especial (cambio permiso residencia, reconocimiento del derecho por el INSS…) en el plazo de quince días hábiles desde que se produzcan tales circunstancias.
* Comunicar cualquier cambio de domicilio habitual de la unidad perceptora en el plazo de quince días hábiles desde que se produzca el hecho.
* Estar al corriente de los pagos mensuales.