# I. COMUNIDAD DE MADRID

## C) Otras Disposiciones

### Consejería de Sanidad

### GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**20** *RESOLUCIÓN de 13 de enero de 2014, del Director General de Atención Primaria, por la que se ordena la publicación del impreso normalizado de solicitud de devolución de ingreso indebido correspondiente a la tasa por emisión sucesiva de tarjeta sanitaria individual en los casos de robo, rotura o extravío.*

De acuerdo con el criterio 14, apartado h), del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se establecen los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los criterios de calidad de la actuación administrativa en la Comunidad de Madrid, que estipula la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, por resolución del órgano correspondiente, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, se hace público el impreso normalizado de solicitud de devolución de ingreso indebido correspondiente a la tasa por emisión sucesiva de tarjeta sanitaria individual en los casos de robo, rotura o extravío, al amparo de lo regulado en los artículos 412 a 421 del Texto Refundido de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto Legislativo 1/2002, de 24 de octubre, y en la Orden 893/2012, de 16 de octubre, de la Consejería de Sanidad, por la que se dictan las normas para la aplicación de la tasa por emisión sucesiva de tarjeta sanitaria individual (TSI) por causa no imputable a la Administración, en los casos de robo, rotura o extravío.

Por ello, y en virtud de lo anteriormente expuesto,

RESUELVO

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID del modelo de impreso normalizado que se adjunta como Anexo a esta Resolución, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, correspondiente a la solicitud de devolución de ingreso indebido correspondiente a la tasa por emisión sucesiva de tarjeta sanitaria individual en los casos de robo, rotura o extravío.

En Madrid, a 13 de enero de 2014.—El Director General de Atención Primaria, Antonio Alemany López.

BOCM-20140210-20

Dirección General de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD
**Comunidad de Madrid**

Etiqueta de Registro

## Solicitud de devolución de ingreso indebido correspondiente a la tasa por emisión sucesiva de tarjeta sanitaria individual en los casos de robo, rotura o extravío

### 1.- Datos del interesado:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIF/NIE | | Pasaporte | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | Tipo de vía | | Nombre vía | | | |
| Nº | | CP | | Localidad | | Teléfono Fijo | |
| Fax | | Correo electrónico | | | | Teléfono Móvil | |

### 2.- Datos de el/la representante:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIF/ NIE | | Pasaporte | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | Correo electrónico | | Teléfono Fijo | | Móvil | |

### 3.- Medio de notificación:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ○ | Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) | | | | | | | | |
| ○ | Deseo ser notificado/a por correo certificado | | | | | | | | |
| | Tipo de vía | | Nombre vía | | | | Nº | | |
| | Piso | | Puerta | | CP | | Localidad | | Provincia | |

### 4.- Documentación requerida:

| TIPO DE DOCUMENTO | Se aporta en la solicitud | Autorizo Consulta (*) |
|---|---|---|
| Copia del NIF/NIE del interesado | ○ | ○ |
| - O Copia del Pasaporte completo del interesado | ☐ | |
| Copia del NIF/NIE del representante | ○ | ○ |
| - O Copia del Pasaporte del representante | ☐ | |
| Copia del Libro de Familia (necesario si se actúa en nombre de un menor) | ☐ | |
| Documento acreditativo de la representación, en su caso | ☐ | |
| Copia del documento acreditativo de la tutela, en el supuesto de personas legalmente incapacitadas | ☐ | |
| Original o copia del justificante del recibo de pago (modelo 030). En el caso de no poder aportar este documento, deberán indicarse todos los datos identificativos del ingreso realizado | ☐ | |

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

### 5.- Datos de la entidad bancaria designada por el solicitante a efectos del ingreso indebido solicitado:

| Código País | | DC Iban | | Entidad | | | | Oficina | | | | DC Banco | | Número de Cuenta | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BOCM-20140210-20

Dirección General de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD
**Comunidad de Madrid**

**6.- Motivos de la solicitud:**

| | | |
|---|---|---|
| ○ | Duplicidad en el pago | |
| ○ | La cantidad pagada ha sido superior al importe de la tasa | |
| ○ | Se ha abonado por motivo diferente al robo, rotura o extravío | |
| ○ | Otros: | |

| **Información Institucional** |
|---|
| Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.<br>☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid<br><br>Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. |

En……, a……...de……..…… de……

| **FIRMA** |
|---|
| |

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero automatizado denominado *Sistema de Información Poblacional y de Gestión de la Tarjeta Sanitaria Individual*, cuya finalidad es la información básica de los ciudadanos usuarios del sistema sanitario público y solicitantes de tarjeta sanitaria u otro documento sanitario que posibilitan la planificación y gestión de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad de Madrid y no serán cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, ante quien podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

| | |
|---|---|
| **DESTINATARIO** | Consejería de Sanidad<br>Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud<br>Subdirección de Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento |

BOCM-20140210-20

# REPRESENTACIÓN DE PERSONA FÍSICA

**Datos del solicitante:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIF/NIE | | Pasaporte | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | Tipo de vía | | Nombre vía | | | |
| Nº | | CP | | Localidad | | Teléfono Fijo | |
| Fax | | Correo electrónico | | | | Teléfono Móvil | |

**Datos del representante:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIF/NIE | | Pasaporte | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Nombre | | Tipo de vía | | Nombre vía | | | |
| Nº | | CP | | Localidad | | Teléfono Fijo | |
| Fax | | Correo electrónico | | | | Teléfono Móvil | |

Don/Dña. _____, con NIF/NIE/Pasaporte _____, **AUTORIZA** a Don/Dña. _____, con DNI/NIE/Pasaporte _____, para que le represente ante el Servicio Madrileño de Salud en el procedimiento de devolución de ingresos indebidos correspondiente a la tasa por la emisión sucesiva de Tarjeta Sanitaria Individual en los casos de robo, rotura o extravío.

En _____a ___ de _____ de 20__

EL REPRESENTADO,

Fdo.: _____

Don/Dña. _____, con NIF/NIE/Pasaporte _____, **ACEPTA** la representación conferida y responde con su firma de la autenticidad de la de su autorizante.

En _____a ___ de _____ de 20__

EL REPRESENTANTE,

Fdo.: _____

(03/2.755/14)

BOCM-20140210-20