



APELLIDOS:		NOMBRE:	
Relación jurídica de empleo:		Domicilio:	
		Correo electrónico a efectos de notificaciones (OBLIGATORIO):	
Localidad:		Teléfono:	
		Centro Destino:	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA AYUDA:			
Fecha de nacimiento:		Parentesco:	

<p style="text-align: center;"><u>DENTARIAS</u></p> <p>Dentadura completa Empaste</p> <p>Dentadura superior/inferior Implante osteointegrado</p> <p>Piezas y coronas (Implante) Limpieza dental</p> <p>Endodoncia Curetaje/raspado/aislado</p> <p>Reconstrucción Puente provisional</p> <p>Fundas y pernos Puente fijo por pieza</p> <p>Injerto de hueso Férula de descarga</p> <p>Ortodoncia</p>	<p>Para todas las ayudas dentarias excepto limpieza dental y ortodoncia: <u>Dictamen del especialista en modelo oficial y factura.</u></p> <p>Limpieza dental y ortodoncia: <u>Únicamente factura del tratamiento.</u></p>
<p style="text-align: center;"><u>OCULARES</u></p> <p>Gafas de lejos/cerca Sustitución cristales bifocales</p> <p>Gafas bifocales Sustitución cristales progresivos</p> <p>Gafas progresivas Sustitución montura cristales</p> <p>Lentillas lejos/cerca/bifocales/progresivos</p> <p>Lentillas desechables Lentes de contacto nocturnas</p> <p>Sustitución cristales (Ortoqueratología)</p> <p>Lejos/ cerca</p>	<p>Para ayudas oculares de gafas, lentillas y sustitución de cristales: <u>Factura y graduación</u></p> <p>Sustitución de montura: <u>Únicamente factura</u></p> <p>Lentes de contacto nocturnas (Ortoqueratología): Informe realizado por <u>optometrista y factura de pago del tratamiento.</u></p>
<p style="text-align: center;"><u>ORTOPÉDICAS</u></p> <p>Calzado corrector seriado con o sin plantillas ortopédicas</p> <p>Plantillas ortopédicas no incorporadas a calzado corrector</p> <p>Muñequeras, rodilleras, similares, fajas lumbares, prótesis mamarias, corsés ortopédicos</p>	<p>Para calzado corrector y plantillas: <u>Factura y dictamen del especialista.</u></p> <p>Para muñequeras y similares: <u>Únicamente factura.</u></p> <p>En el caso de prótesis mamarias, la implantación de las mismas deberá derivar de una intervención oncológica o similar, debiendo acompañarse informe médico que acredite tal circunstancia.</p>
<p style="text-align: center;"><u>VEHÍCULOS PARA DISCAPACITADOS/AS. AUDÍFONOS. AYUDAS POR DISCAPACIDAD</u></p> <p>Vehículos para discapacitados/as</p> <p>Audífonos auditivos</p> <p>Reparación audífono</p> <p>Ayuda por discapacidad</p>	<p>Para vehículos discapacitados/as y audífonos: Factura y dictamen del especialista</p> <p>Para reparación de audífono: <u>Únicamente factura</u></p> <p>Para ayuda por discapacidad: Certificado expedido por la Delegación Provincial de la Consejería de Bienestar Social de donde se acredite que el beneficiario tiene una discapacidad igual o superior al 33%.</p>
<p style="text-align: center;"><u>AYUDAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS O DEGENERATIVAS NO CUBIERTAS POR SESCOAM</u></p>	<p>Factura del tratamiento, informe médico y acreditación de no estar cubierta por el Sistema Sanitario Público.</p>

CLASE DE AYUDA QUE SOLICITA

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA

El que suscribe declara expresamente que acepta las presentes bases de Ayuda Social, dictaminadas por la Comisión de Acción social de fecha 8 de octubre, publicadas en el Portal del Empleado y Tablones de anuncios de los distintos centros y aprobadas por Decreto de la Presidencia nº1552/2021 de 15 de octubre, modificado por Decreto 227/2022 de 16 de febrero; que no ha recibido ayuda por el mismo concepto de otra institución pública y/o privada y que conoce las responsabilidades en que pudiera incurrir en los supuestos de omisión o falsedad

Toledo, a de de 20.....

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL CPEIS DE TOLEDO

EL EMPLEADO/A