

**Solicitud del documento de asistencia sanitaria para extranjeros en situación irregular  
en la Comunidad de Madrid (DASE)**

Código 2679F1

**La persona solicitante actúa como:**

<input type="radio"/>	Interesado/a	<input type="radio"/>	Representante	<input type="radio"/>	Autorizado/a para representación (no es interesado ni representante)
-----------------------	--------------	-----------------------	---------------	-----------------------	-------------------------------------------------------------------------

1.- Datos de la persona interesada						
NIF / NIE						
Nombre			Apellido 1			Apellido 2
Tipo vía (*)				Nombre vía		
Nº/Km:		Piso		Puerta		Código Postal
Provincia				Municipio		
Otros datos de localización (portal, bloque, escalera, etc.)						
Email (**)						
Teléfono 1 (**)			Teléfono 2		Teléfono notificaciones SMS	

(\*) Se indicará el domicilio del interesado, tal como figura en el volante de empadronamiento aportado (expedido con menos de 3 meses a su presentación).

(\*\*) El e-mail y el teléfono es un dato obligatorio. Se solicita con el fin de completar los datos de contacto del interesado y facilitar la atención sanitaria.

1.1.- Otros datos de la persona interesada							
<b>TIPO SOLICITUD</b>		<input type="radio"/>	INICIAL	<input type="radio"/>	RENOVACIÓN		
Teléfono notificaciones SMS					Pasaporte Nº		
NIE			Fecha caducidad TIE			Nº Soporte TIE (*)	
Nº Libro Familia/Certificado Nacimiento (**)					Nacionalidad		
País de nacimiento					Fecha nacimiento		
Sexo	Varón	<input type="radio"/>				Mujer	<input type="radio"/>

(\*) El número de soporte figura en el ángulo superior derecho de la Tarjeta de Identificación de Extranjero (TIE).

(\*\*) Dato a cumplimentar en caso de menores de 14 años que no disponen de pasaporte ni TIE-NIE.

2.- Datos de la persona o entidad representante (cumplimentar solo en caso de menores, personas legalmente incapacitadas o personas con capacidad de obrar que hayan autorizado ser representadas por otra persona, acreditadas según apartado 4 de este formulario)							
NIF / NIE				Razón Social/Entidad			
Nombre			Apellido 1			Apellido 2	
Tipo vía				Nombre vía			
Nº/Km:		Piso		Puerta		Código Postal	
Provincia				Municipio			
Otros datos de localización							
Email							
Teléfono 1				Teléfono 2			
En calidad de							

3.- Medio de notificación							
<input type="radio"/> <b>INTERESADO/A</b> <input type="radio"/> <b>REPRESENTANTE</b> (indique a quién desea que se envíe la notificación)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma electrónica (si selecciona esta opción, debe tener una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Electrónicas de la Comunidad de Madrid. Puede darse de alta accediendo a este enlace).						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado:						
	Tipo de vía			Nombre de vía			
	Número		Piso		Puerta		Código postal
	Provincia			Municipio			

#### 4.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Documentos que se aportan junto a la solicitud	
<input type="checkbox"/>	Pasaporte en vigor (copia legible de todas las hojas cumplimentadas. En tramitación presencial se aportará también el original).
<input type="checkbox"/>	Documento de identidad del país de origen (solo para ciudadanos comunitarios, si no se ha aportado el pasaporte).
<input type="checkbox"/>	Certificado o volante de empadronamiento en vigor y actualizado (emitido con menos de 3 meses a su presentación), con fecha de alta en Padrón superior a 90 días. En caso de empadronamiento en otros municipios de España, se presentará un certificado de empadronamiento HISTÓRICO que acredite permanencia continuada en España superior a 90 días.
<input type="checkbox"/>	Certificado de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria (emitido por la Seguridad Social del país de origen o competente): SOLO para ciudadanos comunitarios, Chile o Andorra), según modelo del <b>Anexo I de este formulario</b> -o similar-.
<input type="checkbox"/>	Pasaporte/DNI/TIE del representante, en su caso.
<input type="checkbox"/>	Acreditación de la representación o de la vinculación familiar con el interesado, en su caso (Libro de Familia/Certificado de nacimiento, Sentencia Judicial incapacitación, Resolución acogimiento/tutela, poderes o Autorización del interesado) (1)
<input type="checkbox"/>	Otros documentos de interés
La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos (*):	
<input type="checkbox"/>	Permiso de Residencia (Tarjeta de Identidad de Extranjero/Certificado de Registro de Ciudadano de la Unión).
(*) Puede oponerse a la consulta por motivos que deberá justificar. En este caso, deberá aportar la documentación a cuya consulta se opone (artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas). Todo ello sin perjuicio de la potestad de verificación de la Administración.	
<input type="checkbox"/>	Me opongo a la consulta de los siguientes datos por los motivos que se expresan a continuación:

(1) Será imprescindible que aporte la documentación acreditativa que corresponda.

### 5.- Declaraciones responsables

A los efectos previstos en el art. 3 ter.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para el acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, con residencia efectiva en la Comunidad de Madrid:

**Declara responsablemente que el/la solicitante** (cumplimentar TODAS las casillas. La NO aceptación de alguna de las siguientes declaraciones impide la tramitación de esta solicitud)

- No estar obligado a suscribir un seguro médico público o privado para la Inscripción en el Registro de Ciudadanos de la Unión Europea o para la obtención del permiso de residencia en España (*Tarjeta de Identidad de Extranjero*).
- No contar con cobertura de asistencia sanitaria pública por ninguna otra vía, ni la posibilidad de exportar el derecho a la asistencia con cargo a fondos públicos desde mi país de procedencia.
- Que no existe un tercero obligado al pago de mi asistencia sanitaria.
- Que no dispongo de un visado de estancia en vigor, no estoy inscrito en el Registro de Ciudadanos de la Unión Europea ni dispongo de Tarjeta de Identificación de Extranjero en vigor.
- Que conozco los requisitos para poder acceder al Documento de Asistencia Sanitaria con cargo a fondos públicos de los extranjeros *no registrados ni autorizados* como residentes en España (DASE) y entiendo todos los términos declarados.
- Que el domicilio que figura en el volante de empadronamiento constituye mi residencia habitual.
- Que el traslado de mi residencia habitual a España no ha tenido por finalidad obtener tratamiento programado de patologías o enfermedades diagnosticadas o identificadas en mi país de procedencia.
- Que todos los datos que aporte son veraces y exactos (\*)

**En relación con el acceso a la asistencia sanitaria, declaro que he sido informado de que:**

- El DASE, con validez de 2 años, no genera derecho a la atención sanitaria fuera del territorio español.
- La Administración podrá llevar a cabo las verificaciones necesarias para comprobar la validez y veracidad de la documentación, así como las actuaciones complementarias necesarias para resolver, de acuerdo a la normativa.
- En caso de verificarse la omisión, inexactitud, falsedad o modificación de los datos o de las circunstancias declaradas en esta solicitud, el DASE quedará sin efecto desde el momento en que se tenga constancia de estos hechos, debiendo asumir las responsabilidades penales, civiles o administrativas relacionada con la presentación de una nueva solicitud.

**Declaro responsablemente mi compromiso:**

- A comunicar a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (en mi centro de salud), de forma inmediata, cualquier cambio en la situación o circunstancias personales que puedan afectar a mi derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública por esta vía, como persona con residencia no legal (obtención de permiso de residencia, alta en Seguridad Social, abandono del país, traslado a otra comunidad autónoma u otras circunstancias).

(\*) En caso de confirmarse la inexactitud o falsedad de la información facilitada para la solicitud del acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, podrá dar lugar a responsabilidades administrativas, civiles o penales, de acuerdo a la norma de aplicación y, entre ellas, la del reintegro del importe de las prestaciones sanitarias recibidas desde la solicitud del mismo.

<b>FECHA:</b>	En Madrid a
<b>FIRMA:</b>	

Puede consultar la información referida al deber de información de protección de datos personales en las páginas siguientes.

<b>ORGANISMO DESTINATARIO</b>	
DIRECCIÓN GENERAL:	
CONSEJERÍA:	