

# **P**ROTOCOLO

**PLAN DE AYUDA  
FUNDACION DE OTOLOGIA  
DR. GARCÍA-IBÁÑEZ**



## 1. FINALIDAD DEL PROGRAMA:

Los **objetivos** del Plan de Ayuda creado por la Fundación de Otología Dr. García-Ibáñez son:

1. - Aportar los recursos, tanto económicos como sanitarios, necesarios para **la prestación parcial o global de un implante coclear a aquellas personas, con escasos recursos económicos, afectadas de sordera** y diagnosticadas como óptimos candidatos a recibir este tratamiento.
2. - **Dar toda la información y orientación post-operatoria necesaria**, para que la persona implantada pueda llevar a cabo un adecuado proceso de adaptación social y laboral.

## 2. DESTINATARIO:

**Se consideraran solicitantes** de dicha ayuda a aquellas personas que reúnan los tres requisitos siguientes:

1. - **Personas**, tanto niños como adultos, **con residencia legal permanente en España o provenientes de países en vías de desarrollo y/o en situaciones de crisis**.
2. - **Personas afectadas de sordera**, ya sean **de forma total o parcial**, diagnosticadas **como óptimos candidatos** para recibir un implante coclear.
3. - **Personas** que **no tengan los recursos económicos suficientes** para acceder a este tipo de tratamiento.

**Además, los solicitantes no habrán de disponer de bienes muebles o inmuebles** que, por sus características, indiquen que existen bienes materiales **suficientes para atender la prestación de un implante coclear**.

**La titularidad o usufructo de la vivienda habitual no implica, necesariamente, la denegación de las prestaciones que contempla el Plan de Ayuda de la Fundación de Otología Dr. García-Ibáñez.**

### 3. PAUTAS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD:

La personas que cumplan los requisitos para poder ser consideradas como solicitantes y deseen presentar la solicitud del Plan de Ayuda, deberán seguir los siguientes pasos:

- 1.- El solicitante tendrá que **remitir la propuesta de solicitud de la ayuda** a la sede de la Fundación de Otología Dr. García-Ibáñez: C/. Dr. Roux, 91, bajos - 08017 Barcelona.
- 2.- La propuesta de **solicitud** deberá ser presentada **debidamente cumplimentada** y estar **acompañada de toda la documentación adicional** requerida.

### 4. APROBACIÓN DEL PLAN DE AYUDA:

Todas **las solicitudes de ayudas** presentadas, serán evaluadas por un Comité Médico-Benéfico específicamente estructurado para este fin. La forma de proceder de este Comité será:

- 1.- La Comisión Médico-Benéfica del Plan de Ayuda, emitirá un informe con la **aprobación o desestimación de cada solicitud en un plazo máximo de 4 meses**, a contar desde el momento de la recepción completa de la solicitud en la Fundación.
- 2.- Una vez tomada la resolución por la Comisión Médico-Benéfica, ésta será inmediatamente **notificada por escrito** al solicitante.
- 3.- **La aprobación de la ayuda comportará la prestación parcial o global del implante coclear y la orientación post-operatoria necesaria**, para que la persona implantada pueda llevar a cabo un óptimo proceso de adaptación social y laboral. Para ello, la Fundación se pondrá en contacto con el beneficiario comunicándole, por carta, cual será el proceso a seguir y el presupuesto global de la prestación del implante, especificándole las partidas cubiertas por la Fundación y las que deberá cubrir el beneficiario. Asimismo, se le concretará un día y una hora de visita con el Dr. García-Ibáñez a fin de ultimar los trámites de la intervención.

## 5. OBLIGACIONES DE LOS SOLICITANTES:

Los destinatarios de esta prestación estarán obligados a:

1. - **Permitir y facilitar el trabajo** de las personas que han de diagnosticar y evaluar su condición de persona óptima a recibir los servicios del Plan de Ayuda.
2. - **Aportar y firmar todos los datos e información** requeridos en los impresos de solicitud del Plan de Ayuda.
3. - **Comunicar a la Fundación**, en un plazo máximo de una semana antes de la realización del implante coclear, **el cambio de situación personal o patrimonial**, que pueda determinar la suspensión del Programa de Ayuda.

## 6. FINANCIACIÓN DEL PLAN DE AYUDA:

Los gastos derivados de la prestación total del Programa de Ayuda, serán cubiertos en su mayoría por la Fundación. Debido al alto coste del implante coclear la Fundación, en función de los recursos económicos de que ésta disponga en el momento de la resolución, **podrá solicitar al paciente/beneficiario el sufragar una pequeña parte dichos gastos.**

El Presidente de la misma, en representación del Patronato, será el responsable de la gestión de los mismos.

**No se realizará ningún tipo de prestación económica directa al beneficiario del Plan de Ayuda**, siendo éste sólo receptor de la prestación de los servicios médicos–sanitarios en él contemplados.

## 7. EVALUACIÓN:


**La comisión Médico-Benéfica** será la encargada de realizar el seguimiento y la evaluación de los resultados obtenidos a través del Plan de Ayuda. Al finalizar el proceso se informará al Patronato de la Fundación de los resultados del Programa.

## 8. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

Todas las personas y entidades que intervengan en cualquier actuación del Plan de Ayuda, **asumirán el compromiso de mantener la reserva sobre los datos confidenciales y la identidad de los destinatarios/ beneficiarios del Plan de Ayuda** con objeto de salvaguardar el derecho a la intimidad de estas personas.

## **SOLICITUD PLAN DE AYUDA FUNDACIÓN DE OTOLOGÍA DR. GARCÍA-IBÁÑEZ**

 datos a cumplimentar

 documentación adicional a entregar

**DATOS DEL / DE LA SOLICITANTE / BENEFICIARIO/A**

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO:**

Apellidos y Nombre:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado Civil:	
Edad/fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Nacionalidad:	
NIF:	
Estado profesional:	<input type="checkbox"/> Activo: profesión ..... <input type="checkbox"/> Inactivo (sus labores, ...) <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros .....
Dirección completa:	
CD (código postal) y población:	
Teléfono:	

**DATOS SOBRE LA DISCAPACIDAD:**

¿Ha estado reconocida como persona afectada de sordera?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Grado de disminución:	..... %
Fecha del último reconocimiento realizado:	
Datos del médico-especialista que lo acredita como persona afectada de sordera:	Nombre:
	Apellidos:
	Dirección:
	CP y población:
	Teléfono:

## DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:

Es necesario que todos los miembros que formen parte de la unidad familiar del solicitante / beneficiario cumplimenten estos datos, excluyendo únicamente los datos del solicitante / beneficiario:






Apellidos y Nombre:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado civil:	
Edad/fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Nacionalidad:	
NIF:	
Estado profesional:	
Relación con el solicitante/beneficiario:	
Total ingresos anuales brutos:	..... Euros
Si el solicitante es menor de edad:	Nombre y apellidos del representante legal:
	NIF:

Apellidos y Nombre:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado civil:	
Edad/fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Nacionalidad:	
NIF:	
Estado profesional:	
Relación con el solicitante/beneficiario:	
Total ingresos anuales brutos:	..... Euros
Si el solicitante es menor de edad:	Nombre y apellidos del representante legal:
	NIF:

<b>Apellidos y Nombre:</b>	
<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hombre</b> <input type="checkbox"/> <b>Mujer</b>
<b>Estado civil:</b>	
<b>Edad/fecha de nacimiento:</b>	
<b>Lugar de nacimiento:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	
<b>NIF:</b>	
<b>Estado profesional:</b>	
<b>Relación con el solicitante/beneficiario:</b>	
<b>Total ingresos anuales brutos:</b>	..... <b>Euros</b>
<b>Si el solicitante es menor de edad:</b>	<b>Nombre y apellidos del representante legal:</b>
	<b>NIF:</b>

<b>Apellidos y Nombre:</b>	
<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hombre</b> <input type="checkbox"/> <b>Mujer</b>
<b>Estado civil:</b>	
<b>Edad/fecha de nacimiento:</b>	
<b>Lugar de nacimiento:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	
<b>NIF:</b>	
<b>Estado profesional:</b>	
<b>Relación con el solicitante/beneficiario:</b>	
<b>Total ingresos anuales brutos:</b>	..... <b>Euros</b>
<b>Si el solicitante es menor de edad:</b>	<b>Nombre y apellidos del representante legal:</b>
	<b>NIF:</b>

## **DOCUMENTACIÓN QUE HAY QUE PRESENTAR JUNTO CON LA SOLICITUD DEL PLAN DE AYUDA:**

-  **Fotocopia del DNI del solicitante.**
-  **Certificado de convivencia de la unidad familiar ( se solicita en el Ayuntamiento o en los Distritos del Ayuntamiento ).**
-  **Declaración de la última renta de todos los miembros de la unidad familiar o bien hojas de salarios, de rentas de capital, prestaciones, pensiones, etc... más recientes.**
-  **Declaración del Patrimonio de la unidad familiar. En el caso que no se realizase, adjuntar una carta especificando documentalmente las propiedades de la unidad familiar (tierras, coche/s, piso/s, casa/s, ...).**
-  **Documentación específica que certifique la discapacidad del solicitante y el grado de la misma ( si el paciente está ya visitado en el Instituto Dr. García- Ibáñez, no es necesario este punto).**