



SOLICITUD DE AYUDA PARA TRANSPORTE PARA FAMILIARES (O TUTORES LEGALES) DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON UNA INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA INGRESADOS O CONTROLADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

Los pacientes con diagnóstico confirmado o de sospecha de IDP que se controlen en el Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) por la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría (UPIIP) se podrán beneficiar de la ayuda para transporte facilitada por la Fundación Barcelona para las Inmunodeficiencias Primarias (en adelante BCN-PID Foundation) durante el período de ingreso o, en casos seleccionados, para la asistencia a Hospital de Día o consultas externas.

REQUISITOS PARA RECIBIR LAS AYUDAS:

1. Paciente menor de 18 años de edad.
2. Diagnóstico confirmado o de sospecha de IDP en seguimiento por la UPIIP del HUVH.
3. No estar recibiendo ayudas por los mismos motivos de otras entidades.
4. Domicilio del paciente a más de 50 km del HUVH.

TIPOS DE AYUDAS:

Características de la ayuda

-Hospitalización:

- Ayuda a PARTIR del DECIMOQUINTO día de ingreso.
- Sólo se cubre el transporte del familiar desde el HUVH a su domicilio y viceversa.
- En caso de transporte público, SÓLO se cubre el transporte de UN familiar durante el ingreso hospitalario del menor.
- Medios de transporte:
 - Transporte público (TMB, RENFE, etc ... en clase económica): se abonará el 100% del coste del ticket de transporte.
 - Desplazamiento en vehículo particular: se abonará un importe fijo por kilómetro recorrido (incluyendo ida y vuelta) de 0,10 € / km *.

** El número de kilómetros de cada recorrido se obtendrá mediante el Mapa Oficial de carreteras, publicado y actualizado periódicamente por el Ministerio de Fomento.*

- El importe máximo de la ayuda será de 400 € por trimestre (importe máximo anual de 800 €). **En casos especiales se valorará aumentar la cuantía de la ayuda con la aprobación del patronato.**
- En el caso de ingresos prolongados (más de 1 mes) se deberá solicitar de nuevo la ayuda y deberá ser aprobado por la BCN-PID Foundation.

-Hospital de Día y Consultes Externas:

- Estas ayudas sólo se valorarán en caso de que, una vez se haya valorado la situación socioeconómica de la familia por parte de la Unidad de Trabajo Social del centro, evalúe que existe una evidente vulnerabilidad en este sentido.
- Las características de la ayuda son las mismas que para la hospitalización excepto que se inician a los 15 días del ingreso.

Documentación para su solicitud:

- Presentar la hoja de solicitud de la ayuda de transporte (completada y firmada) y facilitada por la BCN-PID Foundation.
- Copia del padrón municipal que confirme la primera residencia del paciente y su familia o tutores legales.
- Recibo bancario en el que conste el titular (uno de los progenitores o tutores legales) y el IBAN donde se tiene que hacer el ingreso.
- Copia del DNI.
- En el caso de transporte público, TMB, RENFE, ... se tendrán que presentar los billetes empleados para el desplazamiento.
- En caso de ayuda para Hospital de Día o Consultes Externas, documento de valoración de la situación socioeconómica de la familia por parte de la Unidad de Trabajo Social del centro.

SEGUIMIENTO DE LAS AYUDAS CONCEDIDAS:

Anualmente se hará una presentación de las ayudas otorgadas en junta anual del Patronato y, en su caso, se realizará la memoria correspondiente para las entidades patrocinadoras y / o colaboradoras.



formación respecto de los que se ha presentado solo • licitud. También las podemos utilizar para continuar informando a solicitantes de futuros programas de ayuda y otras actividades de la Fundación. El solicitante puede consultar, modificar o, en su caso, cancelar los datos facilitados, dirigiéndose a la Fundación, mediante el envío de un correo electrónico a la dirección: pid_barcelona@pidfoundationbcn.org

IMPRESO DE SOLICITUD DE AYUDAS EN TRANSPORTE PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

DATOS DEL TITULAR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Fecha de Nacimiento	DNI	Relación con el paciente
Domicilio (calle, número y piso)		
Localidad	Código Postal	Teléfono

DATOS DEL PACIENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Fecha de Nacimiento	DNI	
Tipo de Inmunodeficiencia Primária		

SOLICITUD

☐ El titular solicita la ayuda de transporte

MODO DE DESPLAZAMIENTO

☐ El titular ha efectuado los desplazamientos en transporte público

☐ El titular ha efectuado los desplazamientos en vehículo particular (completar la siguiente tabla)

Origen	Final	Fecha de realización

Origen	Final	Fecha de realización

DATOS BANCARIOS

IBAN	Entidad Bancaria	Oficina	Control	Núm de cuenta (10 dígitos)

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS APORTADOS SON CIERTOS

Fecha	Lugar	Firma del titular

NOTA: DEBERÁ PRESENTAR

- Copia del padrón municipal que confirme la primera residencia del paciente y su familia o tutores legales.
- Recibo bancario en el que conste el titular (uno de los progenitores) y número de cuenta (con IBAN) donde se debe hacer el abono.
- Copia del DNI
- En el caso de desplazamiento en transporte público los tickets de transporte.

APROBACIÓN DE LA AYUDA POR PARTE DE LA BARCELONA PID FOUNDATION

Sello BCN-PiD Foundation



Nota legal:

D'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, sobre protecció de dades de caràcter personal, les seves dades passen al fitxer de BBDD de la "Fundació Barcelona per a les Immunodeficiències Primàries a Pediatria" i li garantim l'accés a la cancel·lació i / o rectificació de les seves dades en qualsevol moment. En aquest cas, podeu contactar amb nosaltres a través del següent correu electrònic: info@pidfoundationbcn.org