

Formulario de solicitud de reembolso (YPFF1) del Fondo Familiar para Pacientes Jóvenes (YPFF): Gastos de desplazamiento, dietas y/o alojamiento para familias con bebés, niños y jóvenes menores de 18 años con cuidados hospitalarios

El YPFF es un fondo del Gobierno de Escocia creado para ayudar a progenitores/cuidadores principales y hermanos acompañantes menores de 18 años a sufragar los gastos asociados a las visitas a pacientes jóvenes menores de 18 años hospitalizados.

Qué gastos pueden reembolsarse

- **Transporte:** los gastos de transporte público pueden reembolsarse en su totalidad con un máximo de un trayecto de ida y vuelta al día por cada solicitante y cualquier hermano/a acompañante menor de 18 años con presentación de justificantes. Solo puede solicitarse el reembolso de desplazamientos en clase estándar. Los desplazamientos en taxi únicamente se contemplarán en determinadas circunstancias, p. ej., cuando no haya disponibilidad de transporte público o el estado de salud del visitante lo requiera. El desplazamiento en taxi debe ser aprobado por el personal clínico antes de realizar el trayecto. Las ayudas al coste de combustible se reembolsarán según el precio establecido por milla vigente* con un máximo de un trayecto en coche de ida y vuelta al día por cada solicitante, cuando se desplacen al hospital por separado el mismo día. Si todos los solicitantes viajan juntos, únicamente puede solicitarse el reembolso del coste de un trayecto de ida y vuelta.
- **Comidas y dietas:** puede solicitarse una ayuda de hasta 8,50 £ por visitante con derecho a ello al día para alimentos y bebidas no alcohólicas. Las comidas y otros sustentos pueden comprarse fuera del recinto hospitalario.
- **Aparcamiento:** los gastos de aparcamiento de vehículos pueden reembolsarse en su totalidad previa presentación de recibos.
- **Alojamiento:** en la circunstancia excepcional de que no se disponga de alojamiento en hospital se reembolsará una ayuda a los gastos de alojamiento razonables.

*La tasa de reembolso se basa en la tasa de combustible aconsejada por la Administración de Hacienda y Aduanas del Reino Unido (HMRC). Puede consultarla en:

<https://www.gov.uk/government/publications/advisory-fuel-rates>.

Solicitar un reembolso

Se adjunta el formulario YPFF(1). Encontrará más formularios en pabellones de hospitales, clínicas y oficinas de pagos o para su descarga. El formulario debe rellenarlo un solicitante y se debe firmar y certificar como se detalla en el formulario. Esto incluye la certificación por un profesional sanitario pertinente que haya atendido a su bebé, niño o joven. Las solicitudes pueden hacerse individualmente o una persona puede hacer una solicitud por todos los visitantes con derecho a ello utilizando un único formulario. Por ejemplo, una madre puede presentar una solicitud en su nombre, y en nombre del padre y del hermano/a de un paciente joven.

Las solicitudes de reembolso pueden presentarse de manera progresiva a lo largo de una estancia hospitalaria (p. ej., semanalmente) o en su totalidad para toda la estancia, después de recibir el alta del pabellón donde el niño o el joven paciente esté recibiendo tratamiento.

Las solicitudes pueden enviarse en un plazo de tres meses del alta del paciente hospitalizado. Si se realizan fuera de este periodo no se considerarán para el pago, excepto en circunstancias excepcionales.

Una vez rellenado el formulario, debe entregarse en la oficina de pagos del hospital, en asistencia a reembolsos.

Encontrará todos los términos y condiciones del fondo en

<https://www.mygov.scot/young-patients-family-fund-terms-conditions>



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO YPFF (1)

SECCIÓN 1: DATOS PERSONALES: DEBE SER RELLENADO POR EL (O EN NOMBRE DEL) SOLICITANTE

NOMBRE DEL PACIENTE (si un bebé todavía no tiene nombre, escriba su/s apellido/s)

EDAD DEL PACIENTE AL INGRESAR:

PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO:

MARQUE SI USTED PRESENTA LA SOLICITUD EN RELACIÓN CON LAS VISITAS A UN BEBÉ QUE RECIBE CUIDADOS EN LA UNIDAD NEONATAL

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:

CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO:

RELACIÓN CON EL PACIENTE: progenitor/cuidador principal hermano(s) menor(es) de 18 cantidad
(Si se presenta una solicitud para más de un visitante con derecho a ello, marque todo lo que aplique e indique el número de progenitores/cuidadores principales y/o hermanos que presentan solicitud)

DATOS BANCARIOS (rellene solo si desea recibir el dinero mediante transferencia bancaria y el hospital dispone de un servicio para procesar dicha transferencia).

NOMBRE(S) DEL/DE LOS TITULAR(ES) DE LA CUENTA:

NOMBRE DEL BANCO/SOCIEDAD DE CRÉDITO:

CÓDIGO DE SUCURSAL:

NÚMERO DE CUENTA DE BANCO/SOCIEDAD DE CRÉDITO:

SECCIÓN 2: DATOS DEL PACIENTE: DEBE SER RELLENADO POR EL (O EN NOMBRE DEL) SOLICITANTE

HOSPITAL DE INGRESO:

NÚMERO/NOMBRE DE PABELLÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO (si procede):

FECHA DE INGRESO:

HORA DE INGRESO:

FECHA DE ALTA:

HORA DE ALTA:

(si procede)

(si procede)

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN: DEBE SER RELLENADA POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL

Confirmando que el paciente con el nombre arriba indicado es/fue un paciente ingresado en este hospital en las fechas indicadas en la Sección 2:

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Cargo:

Fecha:

Firma de miembro autorizado del personal del hospital:

SECCIÓN 5: DECLARACIÓN Y FIRMA POR EL (O EN NOMBRE DEL) SOLICITANTE

Certifico que he leído y comprendido las Normas sobre desplazamiento y dietas y las condiciones bajo las cuales solicito el reembolso de estos gastos. Confirmando que esta solicitud cumple estas normas y condiciones. Certifico que soy el progenitor/cuidador principal o hermano/a menor de 18 años de un bebé, niño o joven que ha recibido o esté recibiendo los cuidados que se describen en este formulario y declaro que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y completa y que no he solicitado en ningún otro sitio el reembolso de los gastos detallados en este formulario.

Entiendo que si facilito deliberadamente información falsa, pueden emprenderse acciones legales y puedo ser susceptible de enjuiciamiento y de procedimientos de recaudación civiles. Consiento la divulgación de la información de este formulario a NHS Scotland y los Servicios de Lucha contra el Fraude y por estos con fines de verificación de esta solicitud y de investigación, prevención, detección y enjuiciamiento de fraude.

Firma:

Fecha:

LAS SOLICITUDES DEBEN PRESENTARSE EN UN PLAZO DE 3 MESES A PARTIR DEL ALTA HOSPITALARIA Y ENTREGARSE EN MANO EN LA OFICINA DE PAGOS DEL HOSPITAL DE INGRESO

SECCIÓN 6: SOLO PARA USO INTERNO

He comprobado los datos de esta solicitud que se indican arriba y autorizo por la presente el pago de £

Firma:

Cargo:

Fecha: