

Declaración responsable de no disponer de recursos económicos

para hacerse cargo de la atención sanitaria urgente

Mediante esta declaración, la persona abajo firmante declara que no puede hacerse cargo de la factura que le presenta el Servicio de Urgencias del

D./D^a. _____ con
NIF/NIE/Pasaporte . _____, mayor de edad, de estado civil
_____ y residente en _____, con código postal _____,
en C/ _____ número _____
bloque _____ piso _____ puerta _____, teléfono _____ y correo
electrónico _____, tras ser atendido en el Servicio de Urgencias
_____ (escriba el nombre completo del dispositivo sanitario
que corresponda hospital, centro de atención primaria, etc.), en _____, provincia de
_____, el día _____ de _____ del _____ y no poder hacerme cargo de la
factura que me presenta dicho servicio,

DECLARO, bajo mi responsabilidad:

Primero. Que no reúno las condiciones para acceder al Sistema Nacional de Salud; que no tengo derecho al acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo de otra entidad diferente; que no tengo contratada ninguna póliza sanitaria privada que me cubra esta asistencia sanitaria, y que no existe ningún tercero responsable obligado al pago de la asistencia sanitaria.

Segundo. Que no dispongo de recursos económicos suficientes para poder pagar el importe de la asistencia sanitaria urgente.

Tercero. Que no dispongo de bienes ni derechos suficientes depositados en el Estado español o en cualquier país extranjero para hacerme cargo del coste de la asistencia sanitaria urgente.

AUTORIZO:

A que el Servicio Catalán de la Salud o ente en el que delegue verifique la información y los datos que declaro y a que acceda a los registros públicos correspondientes.

RECONOZCO:

Primero. La obligación de pago del importe de la asistencia sanitaria recibida en el caso de que la información y los datos declarados no sean verdaderos o en caso de que se verifique que dispongo de recursos económicos.

Segundo. Que esta declaración tiene el carácter de documento ejecutivo suficiente para la reclamación de la atención sanitaria recibida, sin que sea necesario ningún otro documento de reconocimiento de la deuda.

Firma de la persona que recibe la asistencia o de la persona que la representa legalmente (en caso de que sea incapacitada)

Fecha: