



IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVIZO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN A PERSOAS CON ENFERMIDADE PSIQUIÁTRICA CRÓNICA

1	DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____			
2	DATOS DA PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN			
	Número de orde no documento de beneficiario/a	Apellidos e nome (de ser o/a propio/a Titular, indíquese "O/A mesmo/a")		NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)
3	DOCUMENTACIÓN			
	☒ Informe actualizado do persoal facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.			
	☒ Certificado acreditativo que o hospital, centro ou unidade psiquiátrica de internamento estea recoñecido oficialmente pola Administración Pública competente e que a persoa beneficiaria ocupa praza psiquiátrica.			
	☒ Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción polo/a mutualista ou beneficiario/a de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor/a Médico/a provincial.			
	☒ Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.			
	☒ Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia.			
	☒ Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.			
4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA			
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC Número de conta / cartilla
5	Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: ____/____/____			
	6			
6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumprir voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular ☐	Laboral ☐	Outro domicilio ☐
	Rúa ou praza e número			
	Código postal		Localidade	
	Provincia		País	
Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.				
DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:				
1.- O custo da praza que ocupa a persoa beneficiaria non está subvencionado con fondos públicos.				
2.- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.				
3.- Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.				
4.- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria.				
Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015 do 1 de outubro)				

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información: [Privacidade e protección de datos persoais](#). [Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#).

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CÍVÍS DO ESTADO

Dilixencia

Soamente se cumprimentará a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por faltarlle no/na titular ou, se é o caso, no/na beneficiario/a, as condicións de afiliación precisas para causar a prestación.

Comproboouse que os datos do/da titular e, se é o caso, do/da beneficiario/a da presente solicitude:

☐ reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación.

☐ non reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación, por

_____, a _____ de _____ de
O/A XEFE/A DE COLECTIVO,

Proposta de resolución

Proponse a seguinte resolución:

“Logo de ver a presente solicitude, a documentación achegada, os antecedentes, así como a normativa aplicable, acórdase:

☐ A **aprobación** da axuda solicitada para atención a persoas con enfermidade psiquiátrica crónica por importe máximo mensual de:

..... euros.

Data de efectos: ____ / ____ / ____

☐ A **denegación** por

_____, a _____ de _____ de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS,

Pagamento , se é o caso, CONFORME:

Notifíqueselle e soamente no caso de que achegue xustificantes, dispóñase o pagamento.

_____, a _____ de _____ de
Por delegación da DIRECCIÓN XERAL DE MUFACE

O/A DIRECTOR/A PROVINCIAL

Asdo.:

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVIZO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN A PERSOAS CON ENFERMIDADE PSIQUIÁTRICA CRÓNICA

1	DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	DATOS DA PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN		
	Número de orde no documento de beneficiario/a	Apellidos e nome (de ser o/a propio/a Titular, indíquese "O/A mesmo/a")	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)

3	DOCUMENTACIÓN	
	☒ Informe actualizado do persoal facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.	
	☒ Certificado acreditativo que o hospital, centro ou unidade psiquiátrica de internamento estea recoñecido oficialmente pola Administración Pública competente e que a persoa beneficiaria ocupa praza psiquiátrica.	
	☒ Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción polo/a mutualista ou beneficiario/a de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor/a Médico/a provincial.	
	☒ Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.	
	☒ Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia.	
	☒ Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.	

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA	
	IBAN	Entidade bancaria
5	Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: ____/____/____	

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumprir voluntariamente)	
	Domicilio:	Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐
	Rúa ou praza e número	
	Código postal	Localidade
	Provincia	País

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:

- O custo da praza que ocupa a persoa beneficiaria non está subvencionado con fondos públicos.
- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.
- Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015 do 1 de outubro)

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívicos do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información: [Privacidade e protección de datos persoais](#). [Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#).