



|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE PRESENTACIÓN      |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                               |
| OFICINA DELEGADA              | REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE |
| CÓDIGO EXPEDIENTE             |                               |

**SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS ONCOLÓGICOS**

|   |  |                 |                     |   |           |
|---|--|-----------------|---------------------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE</b> |                 |                     |   |           |
|   | Número de afiliación                       | Primer apellido | Segundo apellido    | Nombre                                    |           |
|   | Domicilio: calle o plaza y número          |                 | Código postal       | Localidad                                 | Provincia |
|   | País                                       | Teléfono        | Fecha de nacimiento | NIF/Pasaporte/Documento de Identidad (UE) |           |
| Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____ |  |                 |                     |   |           |

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>2</b> | <b>DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN</b> |   |
|          | Número de orden en el documento de beneficiario        | Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo") |

|           |   |           |  |  |  |  |  |
|-----------|---|-----------|--|--|--|--|--|
| <b>3</b>  | <b>AYUDA SOLICITADA</b>   | <b>4</b>  | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>                              |  |  |  |  |
|           | <b>MODALIDADES</b> (señale con "X" la/s que solicita)<br><br>3.1 <input type="checkbox"/> Prótesis capilar.<br><br>3.2 <input type="checkbox"/> Sujetador/es postmastectomía. |           | IBAN    Entidad bancaria    Sucursal    D.C.    Número de cuenta/libreta |  |  |  |  |
| <b>5</b>  | <b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> (a rellenar voluntariamente)   |           |  |  |  |  |  |
|           | Domicilio:    Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>  |           |  |  |  |  |  |
|           | Calle, plaza y número   |           |  |  |  |  |  |
|           | Código Postal   | Localidad |  |  |  |  |  |
| Provincia |   |           | País   |  |  |  |  |

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:**

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.
- AUTORIZO** a MUFACE a recabar electrónicamente los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.  
*Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)*

|   |  |
|---|--|
| <b>6</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN APORTADA</b>  |
|   | <i>Siempre, los señalados con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con "X".</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informe médico del facultativo que acredite la enfermedad oncológica padecida por el beneficiario y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de la ayuda (3.1 y 3.2 de la solicitud).<br><input checked="" type="checkbox"/> Facturas originales o copias autenticadas por el registro administrativo donde se presente la solicitud o recibidas telemáticamente.<br><input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.<br><input type="checkbox"/> Otra documentación: .....<br>(en su caso, justificativa a efectos de pago) |  |

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.- A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

DPS-34701.1 (05/17) EJEMPLAR PARA EL SERVICIO PROVINCIAL DE MUFACE

## DILIGENCIA

Sólo se rellenará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el titular o, en su caso, en el beneficiario, las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se ha comprobado que los datos del titular y, en su caso, del beneficiario de la presente solicitud:

- Reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación.
- No reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación, por .....

, a de de  
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVO,

## PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

"Vistos la presente solicitud, los antecedentes, la documentación aportada y el informe médico así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles de la ayuda solicitada para enfermos oncológicos,

por importe máximo de \_\_\_\_\_ euros/año (Prótesis capilar).

por importe máximo de \_\_\_\_\_ euros/año (Sujetador/es postmastectomía).

LA DENEGACIÓN, por

, a de de  
EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

### PAGO, EN SU CASO, CONFORME:

Notifíquese, y sólo en caso de aportar justificantes, dispóngase el pago.

, a de de  
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE  
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Fdo.:



|                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE PRESENTACIÓN      |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                               |
| OFICINA DELEGADA              | REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE |
| CÓDIGO EXPEDIENTE             |                               |

**SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS ONCOLÓGICOS**

|   |  |                 |                     |                                       |           |
|---|--|-----------------|---------------------|---------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>  | <b>DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE</b> |                 |                     |                                       |           |
|   | Número de afiliación                       | Primer apellido | Segundo apellido    | Nombre                                |           |
|   | Domicilio: calle o plaza y número          |                 | Código postal       | Localidad                             | Provincia |
|   | País                                       | Teléfono        | Fecha de nacimiento | NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE) |           |
| Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____ |  |                 |                     |                                       |           |

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>2</b> | <b>DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN</b> |   |
|          | Número de orden en el documento de beneficiario        | Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo") |

|           |   |           |  |  |  |  |  |
|-----------|---|-----------|--|--|--|--|--|
| <b>3</b>  | <b>AYUDA SOLICITADA</b>   | <b>4</b>  | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>                                      |  |  |  |  |
|           | <b>MODALIDADES</b> (señale con "X" la/s que solicita)<br><br>3.1 <input type="checkbox"/> Prótesis capilar.<br><br>3.2 <input type="checkbox"/> Sujetador/es postmastectomía. |           | IBAN      Entidad bancaria      Sucursal      D.C.      Número de cuenta/libreta |  |  |  |  |
| <b>5</b>  | <b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> (a rellenar voluntariamente)   |           |  |  |  |  |  |
|           | Domicilio:    Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>  |           |  |  |  |  |  |
|           | Calle, plaza y número   |           |  |  |  |  |  |
|           | Código Postal   | Localidad |  |  |  |  |  |
| Provincia |   |           | País   |  |  |  |  |

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:**

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.
- AUTORIZO** a MUFACE a recabar electrónicamente los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.  
*Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)*

|   |  |
|---|--|
| <b>6</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN APORTADA</b>  |
|   | <i>Siempre, los señalados con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con "X".</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informe médico del facultativo que acredite la enfermedad oncológica padecida por el beneficiario y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de la ayuda (3.1 y 3.2 de la solicitud).<br><input checked="" type="checkbox"/> Facturas originales o copias autenticadas por el registro administrativo donde se presente la solicitud o recibidas telemáticamente.<br><input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.<br><input type="checkbox"/> Otra documentación: .....<br>(en su caso, justificativa a efectos de pago) |  |

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.- A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

DPS-34701.2 (05/17) EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS ONCOLÓGICOS (DPS – 34701)**

*Este resumen le servirá para rellenar la solicitud, no obstante, recuerde que todo el contenido de estas prestaciones viene explicado en la resolución de convocatoria.*

**No escriba en los espacios sombreados con trama.**

**1. DATOS DEL TITULAR SOLICITANTE.**

- Consigne todos los datos solicitados, referidos al Titular del documento de afiliación.

**2. DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN.**

- Si el beneficiario de la prestación es el propio Titular, consigne: "El mismo".
- Si el beneficiario de la prestación no es el Titular, consigne sus datos, indicando expresamente el número de orden en que aparece en el documento de afiliación.

**3. AYUDA SOLICITADA: MODALIDADES.**

- En el impreso deberá marcar la/s modalidad/es de ayuda/s solicitada/s, según lo dispuesto en la resolución de convocatoria.

**4. DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA.**

- Es imprescindible consignar los códigos numéricos de la entidad bancaria y sucursal, dígitos de control (D.C.) y cuenta corriente o libreta de ahorros.

**5. DATOS DE NOTIFICACIÓN.**

- Si lo desea puede indicar el medio o medios preferentes por los que solicita se le practique la notificación, así como un domicilio alternativo a efectos de notificaciones.

**6. DOCUMENTACIÓN.**

Los datos aportados estarán referidos al beneficiario de la prestación y los documentos deberán ser originales o fotocopias compulsadas.

**a) DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LOS REQUISITOS:** Junto con la solicitud debe aportarse:

- Informe médico que acredite la enfermedad oncológica y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de esta ayuda (modelo DPS-34702).
- Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable (modelo DPS-34916).

**b) FACTURA/S,** que deberá/n ser original/es o copia/s autenticada/s por el registro administrativo donde se presente la solicitud o recibida/s telemáticamente.

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**