



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

## SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A PERSONAS DROGODEPENDIENTES

<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")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

<b>3</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>				<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)</b>		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.		Número de cuenta/libreta	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____				Calle o plaza y número			
					Código Postal		Localidad	
				Provincia		País		

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

(marque con "X" lo que corresponda)

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- No he recibido ayuda para el mismo fin de otro Organismo o Entidad, público o privado.
- He recibido de organismo público o privado ayuda para el mismo fin por importe de ..... Euros.
- 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.

**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>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe psicológico o médico actualizado.-Expedido por el oportuno especialista inscrito en el correspondiente Colegio Oficial o adscrito a un Centro dependiente de una Administración Pública, con juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir el tratamiento integral de la misma (modelo DPS-34402, de MUFACE).	
<input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.		

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE) 2016/679, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

## 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:

"Vista la presente solicitud, la documentación aportada, los antecedentes, así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, de la solicitud de ayuda para atención a personas drogodependientes de **220,26** euros mensuales, de acuerdo con la correspondiente convocatoria

FECHA EFECTOS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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 AYUDA PARA ATENCIÓN A PERSONAS DROGODEPENDIENTES

<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")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

<b>3</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>				<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)</b>		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.		Número de cuenta/libreta	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ___/___/_____				Calle o plaza y número			
					Código Postal		Localidad	
				Provincia		País		

### DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

(marque con "X" lo que corresponda)

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- No he recibido ayuda para el mismo fin de otro Organismo o Entidad, público o privado.
- He recibido de organismo público o privado ayuda para el mismo fin por importe de ..... Euros.
- 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.

**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>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe psicológico o médico actualizado.-Expedido por el oportuno especialista inscrito en el correspondiente Colegio Oficial o adscrito a un Centro dependiente de una Administración Pública, con juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir el tratamiento integral de la misma (modelo DPS-34402, de MUFACE).	
<input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.		

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE) 2016/679, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)