



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

1	DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE				
	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: _____@_____				

2	DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento de beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.		Número de cuenta/libreta	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>
4	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)

6	DOCUMENTACIÓN APORTADA	
	<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.		

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

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

1	DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE				
	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: _____@_____				

2	DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento de beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.		Número de cuenta/libreta	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>
4	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)

6	DOCUMENTACIÓN APORTADA	
	<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.		

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