



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

**SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AYUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 de la resolución de convocatoria para 2017)**

1	DATOS DEL/DE LA TITULAR		
	Número de afiliación	Apellidos, Nombre	Número Identificación Fiscal
	Domicilio: Calle o plaza y número		Código postal y localidad
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2016	
	Número de expediente	Prestación
Beneficiario (apellidos y nombre)		Importe mensual

3	DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE: <i>(marque con "X" en los casos que proceda)</i>	4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA
	<input type="checkbox"/> La situación económica que sirvió de base para la concesión de la mencionada ayuda no sufrirá previsiblemente un incremento que exceda del 5% respecto al último año. <input type="checkbox"/> El grado de discapacidad continúa siendo igual o superior al 65 por 100 o al 80 por 100, si, en este último caso no se alcanzan los 65 años de edad. <input type="checkbox"/> La unidad de convivencia y las demás circunstancias que se tuvieron en cuenta para la concesión de la ayuda anterior no han variado. <input checked="" type="checkbox"/> No se me ha hecho efectivo servicio alguno o prestación económica vinculada al mismo, a través del SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de estos extremos. <input checked="" type="checkbox"/> Se cumplen los requisitos previstos en el epígrafe 9.1. cuarto párrafo de la resolución de convocatoria para 2017: - Mantiene su validez la calificación de discapacidad que sirviera de base para su concesión en ejercicios anteriores. - La declaración como no dependiente se ha resuelto por el órgano competente del SAAD con posterioridad a enero de 2011 o si es anterior a esta fecha, el interesado ha solicitado una nueva valoración del SAAD. <input checked="" type="checkbox"/> Me comprometo a aportar la documentación requerida por MUFACE a efectos de verificación de lo declarado y a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en sus incompatibilidades. 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.		IBAN Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta
		5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)
			Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>
			Calle o plaza y número
			Código Postal Localidad
			Provincia País

En virtud de la declaración formulada en el recuadro 3 y de la documentación aportada, según el recuadro 6, **SOLICITO:** La prolongación de efectos, para el **ejercicio de 2017**, de la prestación indicada y el abono del importe que corresponda en la cuenta/libreta, cuyos datos señalo.

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)

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

6

DOCUMENTACIÓN A APORTAR
(Siempre, la señalada con . En su caso, las señaladas con , marcándolas con "X")

- Copia autenticada por el registro administrativo donde se presente la solicitud, tanto de la resolución de reconocimiento o no de la situación de dependencia como, en su caso, de la resolución del P.I.A., o de la resolución de reconocimiento de la concreta prestación, de las que se infieran la no efectividad de las prestaciones del SAAD.
- Copia autenticada por el registro administrativo donde se presente la solicitud, de la solicitud de la nueva revisión a la Comunidad Autónoma en el caso de declaración como no dependiente anterior a 1 de enero de 2011.
- En caso de reconocimiento de la situación de dependencia, exista o no P.I.A., deberá presentarse certificación de la Comunidad Autónoma acreditativa de que las prestaciones del SAAD no son efectivas en el ámbito temporal de la presente convocatoria.
- En caso de no reconocimiento de la situación de dependencia, acreditación suficiente de la validez del grado de discapacidad que sirvió de base para la concesión de la ayuda inicial.
- Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

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

- el RECONOCIMIENTO de la prestación correspondiente, por importe de y con efectos de 1 de enero de 2017.
- el RECONOCIMIENTO de la prestación para las modalidades distintas a la de apoyo domiciliario en un importe equivalente al 50 por ciento del reconocido en 2016 y con efectos de de 2017, por incumplir el solicitante alguno de los requisitos establecidos en las letras a), b) o c) del epígrafe 9.2 de la resolución de convocatoria.
- el RECONOCIMIENTO de la prestación en la modalidad de apoyo domiciliario por importe de 153 € mensuales, si la ayuda concedida en 2016 fue superior a esta cuantía.
- el RECONOCIMIENTO de una prestación por importe de €, equivalente a la reconocida, pero no hecha efectiva por el SAAD y con efectos de de 2017, por encontrarse el solicitante en el supuesto a que se refiere el epígrafe 9.5 de la resolución de convocatoria.
- la DENEGACIÓN de la prestación por
- OBSERVACIONES

Enadede

EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

Fdo.:

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		
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE	

**SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AYUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 de la resolución de convocatoria para 2017)**

1	DATOS DEL/DE LA TITULAR		
	Número de afiliación	Apellidos, Nombre	Número Identificación Fiscal
	Domicilio: Calle o plaza y número		Código postal y localidad
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2016	
	Número de expediente	Prestación
Beneficiario (apellidos y nombre)		Importe mensual

3	DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE: <i>(marque con "X" en los casos que proceda)</i>	4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA
	<input type="checkbox"/> La situación económica que sirvió de base para la concesión de la mencionada ayuda no sufrirá previsiblemente un incremento que exceda del 5% respecto al último año. <input type="checkbox"/> El grado de discapacidad continúa siendo igual o superior al 65 por 100 o al 80 por 100, si, en este último caso no se alcanzan los 65 años de edad. <input type="checkbox"/> La unidad de convivencia y las demás circunstancias que se tuvieron en cuenta para la concesión de la ayuda anterior no han variado. <input checked="" type="checkbox"/> No se me ha hecho efectivo servicio alguno o prestación económica vinculada al mismo, a través del SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de estos extremos. <input checked="" type="checkbox"/> Se cumplen los requisitos previstos en el epígrafe 9.1. cuarto párrafo de la resolución de convocatoria para 2017: - Mantiene su validez la calificación de discapacidad que sirviera de base para su concesión en ejercicios anteriores. - La declaración como no dependiente se ha resuelto por el órgano competente del SAAD con posterioridad a enero de 2011 o si es anterior a esta fecha, el interesado ha solicitado una nueva valoración del SAAD. <input checked="" type="checkbox"/> Me comprometo a aportar la documentación requerida por MUFACE a efectos de verificación de lo declarado y a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en sus incompatibilidades. 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.		IBAN Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta
		5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)
			Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>
			Calle o plaza y número
			Código Postal Localidad
			Provincia País

En virtud de la declaración formulada en el recuadro 3 y de la documentación aportada, según el recuadro 6, **SOLICITO:** La prolongación de efectos, para el **ejercicio de 2017**, de la prestación indicada y el abono del importe que corresponda en la cuenta/libreta, cuyos datos señalo.

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)

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

6**DOCUMENTACIÓN A APORTAR***(Siempre, la señalada con ☒ . En su caso, las señaladas con ☐, marcándolas con "X")*

- Copia autenticada por el registro administrativo donde se presente la solicitud, tanto de la resolución de reconocimiento o no de la situación de dependencia como, en su caso, de la resolución del P.I.A., o de la resolución de reconocimiento de la concreta prestación, de las que se infieran la no efectividad de las prestaciones del SAAD.
- Copia autenticada por el registro administrativo donde se presente la solicitud, de la solicitud de la nueva revisión a la Comunidad Autónoma en el caso de declaración como no dependiente anterior a 1 de enero de 2011.
- En caso de reconocimiento de la situación de dependencia, exista o no P.I.A., deberá presentarse certificación de la Comunidad Autónoma acreditativa de que las prestaciones del SAAD no son efectivas en el ámbito temporal de la presente convocatoria.
- En caso de no reconocimiento de la situación de dependencia, acreditación suficiente de la validez del grado de discapacidad que sirvió de base para la concesión de la ayuda inicial.
- Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.