



| | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 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 | Provincia |
| 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> | | | |
| | <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. | | | |
| 4 | DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA | | | |
| | IBAN | Entidad bancaria | Sucursal | D.C. Número de cuenta/libreta |
| 5 | DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(A rellenar voluntariamente)</i> | | | |
| | Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> | | | |
| | Calle o plaza y número | | | |
| | Código Postal | | Localidad | |
| | Provincia | | País | |
| <p>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.</p> <p align="center"><i>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)</i></p> | | | | |

DPS-34150.1 (05/18) EJEMPLAR PARA EL SERVICIO PROVINCIAL DE MUFACE

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

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. |
| | | 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)

DPS-34150.2 (05/18) EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

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

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.