



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

**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL O POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O DURANTE LA LACTANCIA NATURAL**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL / DE LA MUTUALISTA SOLICITANTE</b>			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)	Entidad Médica	Teléfono	
	<i>Si desea recibir información por correo electrónico indique su dirección:</i>			
	Domicilio: Calle o Plaza y número	Código postal	Localidad	Provincia
<b>2</b>	<b>DATOS PROFESIONALES</b>			
	Cuerpo, Escala o plaza	Situación administrativa		
	Destino <i>(denominación del Organismo, de la Unidad administrativa y dirección completa de la misma)</i>			Provincia
<b>3</b>	<b>CONTINGENCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓN</b>			
	<p><i>En caso de enfermedad o accidente comunes es imprescindible un periodo de cotización de seis meses para tener derecho al subsidio, requisito que no es necesario en las restantes contingencias.</i></p> <p><i>A estos fines, marque con <b>X</b> lo procedente y, en su caso, haga constar la fecha que se indica.</i></p>			
	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PROFESIONAL (INCLUYE PERIODO DE OBSERVACIÓN) O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO  <input type="text"/>	<i>Fecha de solicitud o, si la hay, de resolución del expediente de reconocimiento del derecho a las prestaciones derivadas de estas contingencias, según la Orden de APU/3554/2005, de 7 de noviembre.</i>	
<b>4</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.
	<b>INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF</b>			
	Solicito que se me aplique el porcentaje de retención IRPF que indico a continuación, <b>superior</b> al que me corresponde _____ % (Ver información al dorso)			
<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> <i>(A cumplimentar voluntariamente)</i>			
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>
	Calle, plaza y número			
	Código postal	Localidad		
	Provincia	País		
	<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</b>			
	<p>a) <b>Todos los datos</b> consignados <b>son ciertos y completos.</b></p> <p>b) No tengo reconocido otro subsidio, originado por la misma relación de servicios, por parte de un régimen público de Seguridad Social.</p> <p><b>Autorizo</b> 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.</p> <p>(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)</p>			

EJEMPLAR PARA MUFACE

DPS-11001.1 (06/18)

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)

## INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL/LA MUTUALISTA

### CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN

- MUFACE no declara ni reconoce las situaciones de Incapacidad Temporal (IT) ni de Riesgo durante el Embarazo (RE) o durante la Lactancia natural (RLN). Estas situaciones se entienden reconocidas por las licencias a que alude el artículo 19 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que corresponde conceder a los órganos de la Administración competentes en cada caso. A MUFACE le compete abonar el subsidio, siempre que se den los requisitos exigibles.
- El derecho al subsidio nace al concederse la prórroga del cuarto mes de licencia (día 91º de la situación). Se extingue, entre otras causas, por alta médica, dejar de reunir los requisitos exigibles para ser beneficiario de la prestación, declaración de la jubilación, fallecimiento y, además, en el caso de la IT, por el transcurso del plazo de 730 días naturales desde la fecha en que se haya iniciado dicha situación. Asimismo, se extingue cuando concluya la última licencia por la contingencia de RE o cuando el hijo cumpla 9 meses, si se trata de la contingencia de RLN.
- El importe del subsidio (cuya cuantía será fija e invariable) corresponderá:
  - En el supuesto de IT, a la mayor de las dos cantidades siguientes: el 80% de las retribuciones básicas (sueldo, trienios y grado, en su caso, incrementadas en la sexta parte de una paga extraordinaria) o el 75% de las retribuciones complementarias, devengadas ambas en el tercer mes de licencia.
  - En los supuestos de RE o RLN, al 100% de las retribuciones complementarias devengadas en el tercer mes de licencia.
- La suma de las retribuciones básicas y del importe del subsidio no podrá exceder del importe de las percepciones que el funcionario tuviera en el tercer mes de licencia.

### DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DEL SUBSIDIO

**A incorporar por el/la mutualista solicitante (Marque con X lo que proceda):**

#### Opcional:

- Modelo 145 de la Agencia Tributaria cumplimentado, a efectos de calcular, en su caso, el porcentaje de retención IRPF aplicable a la prestación.
- Documentación acreditativa de cotizaciones en otro régimen público de Seguridad Social, a efectos del período de carencia, o si la cotización correspondió a un régimen especial de Seguridad Social de funcionarios públicos, de la situación que implicase una cotización obligatoria en el correspondiente régimen.
- Otros documentos (especificar):.....

### A FACILITAR POR EL ÓRGANO DE PERSONAL A MUFACE

- Documento acreditativo de la concesión de la prórroga de licencia correspondiente al cuarto mes y, en su caso, a los siguientes. En caso de RE o RLN, informe o certificado del servicio de prevención o servicio médico.
- Copia (ejemplar nº 3, destinado a MUFACE) de todos los "partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo o lactancia natural" emitidos hasta ese momento, en el modelo oficial de MUFACE.

NOTA.- La copia (ejemplar nº 3) de los "partes" habrá sido entregada previamente por Vd. a su órgano de personal, junto con la copia (ejemplar nº 2) dirigida a éste, con el fin de que le sea expedida la oportuna licencia.

- Certificación de la respectiva unidad pagadora (preferentemente en el modelo facilitado por MUFACE), acreditativa de:
  - a. Retribuciones integras devengadas al inicio del tercer mes de licencia, básicas –incluidas pagas extraordinarias que le correspondería devengar- y complementarias.
  - b. Retribuciones complementarias efectivamente dejadas de percibir, y fecha en que deja de percibirlas.

### INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF

En virtud de la posibilidad que le confiere el art. 88.5 del vigente Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Real Decreto 439/2007), este nuevo tipo de retención solicitado (siempre superior al que le corresponde según su situación personal y familiar) se aplicará, como mínimo, hasta el final del año y, en tanto no renuncie al mismo o solicite un tipo de retención superior, durante los ejercicios sucesivos, salvo que se produzca variación de las circunstancias que determine un tipo superior.

### PLAZO DE RESOLUCIÓN

El plazo de resolución del subsidio es de tres meses desde la entrada de la solicitud en MUFACE. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) son estimatorios.

### MENSUALIDADES POSTERIORES A LA RESOLUCIÓN

No es preciso que el/la mutualista lleve a cabo ninguna actividad, ya que bastará con que el órgano de personal remita a MUFACE la/s comunicación/es acreditativa/s de la/s prórroga/s de la licencia que da/n lugar a que se mantenga el subsidio y copia (ejemplar nº 3, destinado a MUFACE), del/de los "parte/s" que hubiera/n servido de base para expedir dichas prórrogas.

### INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DEL SUBSIDIO

El primer y los sucesivos pagos se realizarán lo antes posible, una vez que se disponga de la documentación necesaria. Se podrán realizar tantos pagos de esta prestación como se considere conveniente a lo largo de cada mes, a medida que se vaya recibiendo la documentación y en función de la duración de las licencias, sin que sea necesario que éstas se correspondan con un mes completo de duración.



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

**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL O POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O DURANTE LA LACTANCIA NATURAL**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL / DE LA MUTUALISTA SOLICITANTE</b>			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)	Entidad Médica	Teléfono	
	<i>Si desea recibir información por correo electrónico indique su dirección:</i>			
	Domicilio: Calle o Plaza y número	Código postal	Localidad	Provincia
<b>2</b>	<b>DATOS PROFESIONALES</b>			
	Cuerpo, Escala o plaza		Situación administrativa	
	Destino <i>(denominación del Organismo, de la Unidad administrativa y dirección completa de la misma)</i>			Provincia
<b>3</b>	<b>CONTINGENCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓN</b>			
	<i>En caso de enfermedad o accidente comunes es imprescindible un periodo de cotización de seis meses para tener derecho al subsidio, requisito que no es necesario en las restantes contingencias.</i>			
	<i>A estos fines, marque con <b>X</b> lo procedente y, en su caso, haga constar la fecha que se indica.</i>			
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL		<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PROFESIONAL (INCLUYE PERIODO DE OBSERVACIÓN) O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<i>Fecha de solicitud o, si la hay, de resolución del expediente de reconocimiento del derecho a las prestaciones derivadas de estas contingencias, según la Orden de APU/3554/2005, de 7 de noviembre.</i>
<b>4</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.
<b>INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF</b>				
Solicito que se me aplique el porcentaje de retención IRPF que indico a continuación, <b>superior</b> al que me corresponde _____ % <b>(Ver información al dorso)</b>				
<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> <i>(A cumplimentar voluntariamente)</i>			
	Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>			
	Calle, plaza y número			
	Código postal	Localidad		
	Provincia	País		
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</b> a) <b>Todos los datos</b> consignados <b>son ciertos y completos.</b> b) No tengo reconocido otro subsidio, originado por la misma relación de servicios, por parte de un régimen público de Seguridad Social. <b>Autorizo</b> 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)				

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

DPS-11001.2 (06/18)

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)

## INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL/LA MUTUALISTA

### CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN

- MUFACE no declara ni reconoce las situaciones de Incapacidad Temporal (IT) ni de Riesgo durante el Embarazo (RE) o durante la Lactancia natural (RLN). Estas situaciones se entienden reconocidas por las licencias a que alude el artículo 19 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que corresponde conceder a los órganos de la Administración competentes en cada caso. A MUFACE le compete abonar el subsidio, siempre que se den los requisitos exigibles.
- El derecho al subsidio nace al concederse la prórroga del cuarto mes de licencia (día 91º de la situación). Se extingue, entre otras causas, por alta médica, dejar de reunir los requisitos exigibles para ser beneficiario de la prestación, declaración de la jubilación, fallecimiento y, además, en el caso de la IT, por el transcurso del plazo de 730 días naturales desde la fecha en que se haya iniciado dicha situación. Asimismo, se extingue cuando concluya la última licencia por la contingencia de RE o cuando el hijo cumpla 9 meses, si se trata de la contingencia de RLN.
- El importe del subsidio (cuya cuantía será fija e invariable) corresponderá:
  - En el supuesto de IT, a la mayor de las dos cantidades siguientes: el 80% de las retribuciones básicas (sueldo, trienios y grado, en su caso, incrementadas en la sexta parte de una paga extraordinaria) o el 75% de las retribuciones complementarias, devengadas ambas en el tercer mes de licencia.
  - En los supuestos de RE o RLN, al 100% de las retribuciones complementarias devengadas en el tercer mes de licencia.
- La suma de las retribuciones básicas y del importe del subsidio no podrá exceder del importe de las percepciones que el funcionario tuviera en el tercer mes de licencia.

### DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DEL SUBSIDIO

**A incorporar por el/la mutualista solicitante (Marque con X lo que proceda):**

#### Opcional:

- Modelo 145 de la Agencia Tributaria cumplimentado, a efectos de calcular, en su caso, el porcentaje de retención IRPF aplicable a la prestación.
- Documentación acreditativa de cotizaciones en otro régimen público de Seguridad Social, a efectos del período de carencia, o si la cotización correspondió a un régimen especial de Seguridad Social de funcionarios públicos, de la situación que implicase una cotización obligatoria en el correspondiente régimen.
- Otros documentos (especificar):.....

### A FACILITAR POR EL ÓRGANO DE PERSONAL A MUFACE

- Documento acreditativo de la concesión de la prórroga de licencia correspondiente al cuarto mes y, en su caso, a los siguientes. En caso de RE o RLN, informe o certificado del servicio de prevención o servicio médico.
- Copia (ejemplar nº 3, destinado a MUFACE) de todos los "partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo o lactancia natural" emitidos hasta ese momento, en el modelo oficial de MUFACE.

NOTA.- La copia (ejemplar nº 3) de los "partes" habrá sido entregada previamente por Vd. a su órgano de personal, junto con la copia (ejemplar nº 2) dirigida a éste, con el fin de que le sea expedida la oportuna licencia.

- Certificación de la respectiva unidad pagadora (preferentemente en el modelo facilitado por MUFACE), acreditativa de:
  - a. Retribuciones íntegras devengadas al inicio del tercer mes de licencia, básicas –incluidas pagas extraordinarias que le correspondería devengar- y complementarias.
  - b. Retribuciones complementarias efectivamente dejadas de percibir, y fecha en que deja de percibirlas.

### INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF

En virtud de la posibilidad que le confiere el art. 88.5 del vigente Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Real Decreto 439/2007), este nuevo tipo de retención solicitado (siempre superior al que le corresponde según su situación personal y familiar) se aplicará, como mínimo, hasta el final del año y, en tanto no renuncie al mismo o solicite un tipo de retención superior, durante los ejercicios sucesivos, salvo que se produzca variación de las circunstancias que determine un tipo superior.

### PLAZO DE RESOLUCIÓN

El plazo de resolución del subsidio es de tres meses desde la entrada de la solicitud en MUFACE. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) son estimatorios.

### MENSUALIDADES POSTERIORES A LA RESOLUCIÓN

No es preciso que el/la mutualista lleve a cabo ninguna actividad, ya que bastará con que el órgano de personal remita a MUFACE la/s comunicación/es acreditativa/s de la/s prórroga/s de la licencia que da/n lugar a que se mantenga el subsidio y copia (ejemplar nº 3, destinado a MUFACE), del/de los "parte/s" que hubiera/n servido de base para expedir dichas prórrogas.

### INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO DEL SUBSIDIO

El primer y los sucesivos pagos se realizarán lo antes posible, una vez que se disponga de la documentación necesaria. Se podrán realizar tantos pagos de esta prestación como se considere conveniente a lo largo de cada mes, a medida que se vaya recibiendo la documentación y en función de la duración de las licencias, sin que sea necesario que éstas se correspondan con un mes completo de duración.

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO