



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD DE AYUDAS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

1	DATOS DE LA PERSONA 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 DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento de beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	AYUDA SOLICITADA	4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA			
	MODALIDADES (señale con "X" la/s que solicita)		IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC
	3.1 <input type="checkbox"/> Prótesis capilar, gorro, pañuelo o turbante oncológico.	5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)			
	3.2 <input type="checkbox"/> Sujetador/es postmastectomía, postumorectomía u otros de análoga naturaleza.		Domicilio: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>	Calle, plaza y número		
			Código Postal	Localidad		
			Provincia	País		

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- 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 o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.

Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre).

6	DOCUMENTACIÓN APORTADA
	<i>Siempre, los señalados con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con "X".</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe médico del facultativo que acredite la enfermedad oncológica padecida por la persona beneficiaria y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de la ayuda (3.1 y 3.2 de la solicitud).
	<input checked="" type="checkbox"/> Facturas originales o fotocopias compulsadas o recibidas telemáticamente.
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
	<input type="checkbox"/> Otra documentación: _____ (en su caso, justificativa a efectos de pago)

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, 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/a de Protección de Datos de la Mutualidad

DILIGENCIA

Sólo se rellenará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en la persona titular o, en su caso, en la persona beneficiaria, las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se ha comprobado que los datos de la persona titular y, en su caso, de la persona beneficiaria 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:

"Vistos la presente solicitud, los antecedentes, la documentación aportada y el informe médico así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles de la ayuda solicitada para enfermos oncológicos,

por importe máximo de _____ euros/año (Prótesis capilar, gorro, pañuelo o turbante oncológico).

por importe máximo de _____ euros/año (Sujetador/es postmastectomía, postumorectomía u otros de analoga naturaleza)

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 DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD DE AYUDAS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

1	DATOS DE LA PERSONA 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 DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento de beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	AYUDA SOLICITADA		4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				
	MODALIDADES (señale con "X" la/s que solicita)			IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta
	<p>3.1 <input type="checkbox"/> Prótesis capilar, gorro, pañuelo o turbante oncológico.</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> Sujetador/es postmastectomía, postumorectomía u otros de análoga naturaleza.</p>		5	85 HCG 89 BCH 757 6 B <small>(Código de barras)</small>				
	Domicilio:			Particular <input type="checkbox"/>		Laboral <input type="checkbox"/>		Otro domicilio <input type="checkbox"/>
	Calle, plaza y número			Código Postal		Localidad		
	Provincia			País				

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- 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 o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.

Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre).

6	DOCUMENTACIÓN APORTADA	
	<i>Siempre, los señalados con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con "X".</i>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Informe médico del facultativo que acredite la enfermedad oncológica padecida por la persona beneficiaria y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de la ayuda (3.1 y 3.2 de la solicitud).
	<input checked="" type="checkbox"/>	Facturas originales o fotocopias compulsadas o recibidas telemáticamente.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
	<input type="checkbox"/>	Otra documentación: _____ (en su caso, justificativa a efectos de pago)

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, 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/a de Protección de Datos de la Mutualidad