



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

SOLICITUD DE AYUDA PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA PERSONAL

| | | | | | |
|---|--|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| % | 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: _____@_____ | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| & | 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 | 5M 8 5 GC @ 7 #585 " | 4 | 85HCG'D5F5'9 @D5; C'DCF'HF5BG: 9F9B7'5'' | | | | |
| | MODALIDADES (señale con "X" la que solicita) | | IBAN Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta | | | | |
| | 3.1 <input type="checkbox"/> Ayuda para mantenimiento y potenciación de la Á capacidad residual (ver apartado 5) | | 5 | Si consignó "X" en 3.1, indique la fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____ | | | |
| | 3.2 <input type="checkbox"/> Ayuda para eliminación de barreras arquitectónicas | | | 6 | DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente) | | |
| 3.3 <input type="checkbox"/> Ayuda para medios técnicos | Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> | | Calle, plaza y número | | | | |
| | | 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.

AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes:

- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para ~~Á~~ esta prestación y exclusivamente para ello. ~~Á~~
- A recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) ~~Á~~ en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas.
- A solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de los extremos a que alude el epígrafe 3.6 de la resolución de convocatoria.

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

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- El número total de personas que conviven a efectos del IRPF es de:
- 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.

*S' * ad & @A Aá (ad^ A ad^ ^) ; ad [ad ad c d^ A^ A^] ^ ^) ad c d^ á á á ad ^) c ad^ á á á ad [ad ad A^ A^ B E F I á á á á á á á c á á á á*

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 de 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.

(1) COMPONENTE/S DE LA UNIDAD FAMILIAR A EFECTOS DEL IRPF QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTA/N AUTORIZACIÓN

| PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE | APELLIDOS Y NOMBRE | NIF | FIRMA |
|----------------------------------|--------------------|-----|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7

DOCUMENTOS APORTADOS

De acuerdo con lo establecido en el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, no se exigirá la aportación de documentos originales

Siempre, los señalados con . En su caso, los señalados con , marcándolos con "X".

- Certificación del IMSERSO o del Organismo competente de la Comunidad Autónoma acreditativa del grado de discapacidad o dependencia, y en su caso, nivel de esta última.

Documento administrativo donde conste el carácter de la jubilación por incapacidad permanente o de la declaración de pensionista por incapacidad permanente (epígrafe 3.3.a) de la resolución de convocatoria), salvo que dicha circunstancia conste ya en MUFACE.

- Informe actualizado del facultativo responsable de la asistencia a la persona beneficiaria de la prestación que acredite la necesidad de los servicios o actividades objeto de esta ayuda.

Memoria razonada y valoración de la ejecución de la obra o reforma, con detalle de las modificaciones a efectuar, suscrita por el/la contratista, con indicación de su denominación e identificación fiscal (Obligatoria para 3.2 de la solicitud).

Declaración responsable de pensiones y prestaciones.

Certificación de pensiones o prestaciones.

Justificación de ingresos que constituyen renta a efectos del IRPF 2022 en caso de no autorizar a MUFACE la solicitud de datos económicos de la Administración Tributaria.

Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.

Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.

Otra documentación:

En caso de estar sujeto/a al IRPF por Haciendas Forales

- Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la Administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud).

- Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones íntegras de ingresos que consten en dicha Administración; así como declaración responsable relativa a los demás ingresos que no figuren en la indicada certificación.

Para los casos en que proceda:

- Declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por I.R.P.F., en su caso, referida a 2 años anteriores a la fecha de solicitud.

Esta documentación se referirá a todas las personas de la unidad de convivencia a efectos del IRPF.

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 han comprobado los datos de la persona mutualista a la que se refiere la presente solicitud y en las fechas de referencia

- reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación.
- no reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación, por

, a de de
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVO,

INFORME DEL/DE LA ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la director/a del Servicio Provincial lo estime conveniente. Para 3.1 de la solicitud.

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe

- FAVORABLE
- DESFAVORABLE, por

, adede

EL/LA ASESOR/A MÉDICO/A

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, concediendo la siguiente ayuda por el importe señalado:

- | | |
|---|-----------------------|
| 3.1 <input type="checkbox"/> Ayuda para mantenimiento y potenciación de la capacidad residual (ver apartado 5) | IMPORTE =€/ mes |
| 3.2 <input type="checkbox"/> Ayuda para eliminación de barreras arquitectónicas | IMPORTE =€/ año |
| 3.3 <input type="checkbox"/> Ayuda para medios técnicos | IMPORTE =€/ año |

FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS DE LA AYUDA _ _ / _ _ / _ _

LA DENEGACIÓN, por

OBSERVACIONES:

, 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 AYUDA PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA PERSONAL

| % | 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/Documento de identidad (UE) | |
| | Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____ | | | | |

| & | 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/Documento de identidad (UE) |

| 3 | 5M 8 5 GC @ 7 #585 " | 4 | 85HCG'D5F5'9 @D5; C'DCF'HF5BG: 9F9B7'5'' | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|--|-----------------------|--|-----------|-----------|------|
| | MODALIDADES (señale con "X" la que solicita) | | IBAN Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta | | | | | | | | | |
| | 3.1 <input type="checkbox"/> Ayuda para mantenimiento y potenciación de la capacidad residual (ver apartado 5) | | <table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 2em;">5</td> <td>Si consignó "X" en 3.1, indique la fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____</td> </tr> <tr> <th>6 DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)</th> </tr> <tr> <td>Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Calle, plaza y número</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Localidad</td> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td>País</td> </tr> </table> | 5 | Si consignó "X" en 3.1, indique la fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____ | 6 DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente) | Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> | Calle, plaza y número | | Localidad | Provincia | País |
| | 5 | | | | Si consignó "X" en 3.1, indique la fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____ | | | | | | | |
| | | | | | 6 DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente) | | | | | | | |
| Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| Calle, plaza y número | | | | | | | | | | | | |
| | Localidad | | | | | | | | | | | |
| Provincia | País | | | | | | | | | | | |
| 3.2 <input type="checkbox"/> Ayuda para eliminación de barreras arquitectónicas | | | | | | | | | | | | |
| 3.3 <input type="checkbox"/> Ayuda para medios técnicos | | | | | | | | | | | | |

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.

AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes:

- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.
- A recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas.
- A solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de los extremos a que alude el epígrafe 3.6 de la resolución de convocatoria.

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

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- El número total de personas que conviven a efectos del IRPF es de: _____
- 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.

*S' * ad & @A A3(ad A ad ^;) ad [B ad c E A A ^ A ^ ! ^ ^) ad c B A á á á á ^) c A ad ^ á á á á / B ad c A S ^ A U B E F I A ^ F A A ^ c á á á á*

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.

DPS 34301.2 (03/24) EJEMPLAR PARA EL/LA INTERESADO/A

| (1) COMPONENTE/S DE LA UNIDAD FAMILIAR A EFECTOS DEL IRPF QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTA/N AUTORIZACIÓN | | | |
|---|--------------------|-----|-------|
| PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE | APELLIDOS Y NOMBRE | NIF | FIRMA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7

DOCUMENTOS APORTADOS

De acuerdo con lo establecido en el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, no se exigirá la aportación de documentos originales

Siempre, los señalados con . En su caso, los señalados con , marcándolos con "X".

- Certificación del IMSERSO o del Organismo competente de la Comunidad Autónoma acreditativa del grado de discapacidad o dependencia, y en su caso, nivel de esta última.
Documento administrativo donde conste el carácter de la jubilación por incapacidad permanente o de la declaración de pensionista por incapacidad permanente (epígrafe 3.3.a) de la resolución de convocatoria), salvo que dicha circunstancia conste ya en MUFACE.
- Informe actualizado del facultativo responsable de la asistencia a la persona beneficiaria de la prestación que acredite la necesidad de los servicios o actividades objeto de esta ayuda.
Memoria razonada y valoración de la ejecución de la obra o reforma, con detalle de las modificaciones a efectuar, suscrita por el/la contratista, con indicación de su denominación e identificación fiscal (Obligatoria para 3.2 de la solicitud).
Declaración responsable de pensiones y prestaciones.
Certificación de pensiones o prestaciones.
Justificación de ingresos que constituyen renta a efectos del IRPF 2022 en caso de no autorizar a MUFACE la solicitud de datos económicos de la Administración Tributaria.
Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
Otra documentación:

En caso de estar sujeto/a al IRPF por Haciendas Forales

- Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la Administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud).
 - Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones íntegras de ingresos que consten en dicha Administración; así como declaración responsable relativa a los demás ingresos que no figuren en la indicada certificación.
- Para los casos en que proceda:
- Declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por I.R.P.F., en su caso, referida a 2 años anteriores a la fecha de solicitud.

Esta documentación se referirá a todas las personas de la unidad de convivencia a efectos del IRPF.