

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
(Ayudas de protección sociosanitaria)

(Nombre y apellidos):.....  
N.I.F.:....., en mi nombre o en representación <sup>(1)</sup> de (nombre y apellidos).....

Nº de afiliación a MUFACE ..... , N.I.F.: .....

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad que,

1º.- En relación con la solicitud a MUFACE, de ayuda de .....  
para D./ D<sup>a</sup>: .....  
con D.N.I. nº....., incluida en el programa de .....

.....  
objeto de la Resolución de 9 de abril de 2019, por la que se convoca la concesión de ayudas de protección sociosanitaria durante el año 2019, y en relación con los epígrafes 2.3 y 2.9 de dicha Resolución, mi situación es la siguiente (marque con una  lo que corresponda):

A.- No tengo la posibilidad de acceder a Planes de Acción Social por estar jubilado o haber sido declarado pensionista por incapacidad permanente o encontrarme en otra situación que me lo impide (especificar cuál):  
.....

B.- En mi centro de destino aún no se han convocado o resuelto las ayudas del Plan de Acción Social que se refieran al ejercicio 2019.

C.- En el Plan de Acción Social para 2019 que me corresponde por mi destino, no existe o no me ha sido concedida una modalidad de ayuda destinada a la misma finalidad y al mismo sujeto y hecho causante.

D.- En el Plan de Acción Social para 2019 que me corresponde por mi destino, he solicitado una modalidad de ayuda destinada a la misma finalidad y al mismo sujeto y hecho causante.

E.- En el Plan de Acción Social para 2019 que me corresponde por mi destino he obtenido una ayuda, por importe de .....euros, para una modalidad en la que coinciden la finalidad, el sujeto y el hecho causante con la que solicito a MUFACE.

F.- El Plan de Acción Social para 2019 que me corresponde por mi destino, tiene limitado el número de ayudas a las que está permitido optar y no me ha sido concedida una ayuda para el mismo fin y hecho causante que el previsto en la ayuda sociosanitaria de MUFACE.

G.- Otras situaciones (especificar):.....  
.....

2º - Para los casos B, C, D, E, F o G, me comprometo a presentar a MUFACE la certificación de la Comisión de Acción Social u órgano equivalente, acreditando la circunstancia que corresponda a cada caso, en el plazo de 10 días hábiles desde su recepción y a reintegrar a MUFACE el importe que ésta me hubiera concedido, en la cuantía que sea coincidente con la obtenida por el Plan de Acción Social.

3º.- Con las anteriores manifestaciones, cumplo uno de los requisitos para que mi solicitud de la mencionada ayuda sea admitida a trámite.

4º.- Otras circunstancias que se consideran de interés para la solicitud de esta ayuda son las que se especifican a continuación:  
.....  
.....

5º.- Todos los datos consignados son ciertos y completos. Conozco las posibles consecuencias negativas que se derivarían de la falsedad de mis declaraciones, consecuencias que se encuentran descritas en la Resolución de convocatoria y en la restante normativa aplicable.

Y para que así conste, a efectos de mi solicitud de ayuda de MUFACE, firmo la presente declaración en..... a ..... de ..... de .....

Fdo.:

(1) La representación deberá estar debidamente acreditada conforme al artículo 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP.