

## SOL·LICITUD D'AJUT ASSISTENCIAL

### DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
Província	País	Telèfon	NIF/Passaport/D. Identif. (UE)
<input type="checkbox"/> Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics. Adreça de correu electrònic: _____@_____			

### DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/D. Identif. (UE)	Cognoms	Nom
--------------------------------	---------	-----

### SITUACIÓ FAMILIAR

Estat civil de la persona sol·licitant	Detall de les persones que conviuen al domicili de la persona sol·licitant a 01/01/2025 amb relació de parentiu de consanguinitat o afinitat fins al tercer grau:			
	Cònjuge o persona assimilada al cònjuge	Nre de fills	Nre d'altres familiars	D' entre tots ells, nre de persones amb discapacitat

### DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

### DADES DE NOTIFICACIÓ (S'ha d'emplenar voluntàriament)

IBAN	CODI BANC	SUCURSAL	D.C	Nº COMPTE	Domicili: carrer o plaça i número	
					Codi Postal	Localitat
					Província	País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

#### DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementària que demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajuda o en les incompatibilitats de la mateixa.
- Conec el règim d' incompatibilitats d' aquest ajut que es troba descrit a la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant, degudament acreditat/da (art. 5 Llei 39/2015 d'1 d'octubre).

#### AUTORITZO A MUFACE (1) a realitzar les següents actuacions:

- Sol·licitar a l'Agència Estatal d'Administració Tributària les dades de l'IRPF de l'exercici anterior en dos anys al de vigència de la convocatòria, que siguin necessàries per a la comprovació dels requisits establerts per a aquesta prestació i exclusivament per a això.
- Recaptar electrònicament les dades de pensions o prestacions públiques (GISS) en el Registre de Prestacions Socials Públiques (RPSP) mitjançant consentiment de les persones afectades.

Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant, degudament acreditat/da (art. 5 Llei 39/2015 d'1 d'octubre).

### (1) ALTRES PERSONES QUE CONVIUEN AMB LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT QUE, EN CAS DE SIGNAR, PRESTEN AUTORITZACIÓ

PARENTIU	COGNOMS I NOM	NIF	FIRMA

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprova't per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" i "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .

**MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L' ESTAT**

MODALITAT D' AJUT ( <i>Seleccione modalitat/s</i> )	DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR, ESPECÍFICA DE CADA MODALITAT
<input type="checkbox"/> COPAGAMENT FARMACEÚTIC	No serà necessària la justificació documental de la despesa farmacèutica, dada que s' incorporarà a l' expedient per MUFACE.
<b>AJUT PER DESPESES</b>	
<input type="checkbox"/> Despeses de caràcter urgent en casos d' importància extraordinària, degudament justificada.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factura de les despeses de caràcter urgent.</li> <li>2. Altres documents que acreditin els fets origen de les despeses de caràcter urgent.</li> <li>3. Declaració responsable de la situació soci familiar i d'habitatge, acompanyada, si s'escau, de tot aquell document que es consideri apropiat per acreditar l'estat o situació de necessitat.</li> </ol>
<input type="checkbox"/> Atenció a despeses familiars ordinàries de caràcter general, si existeix insuficiència d'ingressos en la unitat de convivència per atendre'ls.	➤ Declaració responsable de la situació soci familiar i d'habitatge, acompanyada, si s'escau, de tot aquell document que es consideri apropiat per acreditar l'estat o situació de necessitat.
<b>AJUT PER INSUFICIÈNCIA DE PRESTACIONS</b>	
<input type="checkbox"/> Tractament psiquiàtric mitjançant internament o en règim ambulatori, no cobert per les prestacions sanitàries ni sociosanitàries. <input type="checkbox"/> Despeses de desplaçament per rebre assistència sanitària, quan no hagin de ser cobertes ni per l'Entitat Mèdica ni per MUFACE, segons les normes d' Assistència Sanitària. <input type="checkbox"/> Tractament mèdic o intervenció quirúrgica especial de caràcter excepcional per determinat/determinada facultatiu/facultativa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factura de la despesa.</li> <li>2. Informe de metge/essa/a de la necessitat de l'internament o tractament psiquiàtric, del desplaçament per rebre assistència sanitària o de la necessitat del tractament o intervenció quirúrgica.</li> </ol>
<input type="checkbox"/> Situació d'Incapacitat Temporal, sense dret al subsidi corresponent per no assolir el període de carència.	➤ Certificat de la Unitat Pagadora, acreditatiu de les retribucions en el primer mes de llicència i de la data en què ha deixat de percebre les retribucions complementàries.

**DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR EN TOTES LES MODALITATS:***(Referits a tots els membres de la unitat de convivència i a dos anys anteriors a la data de sol·licitud)*

1. **En tot cas**, declaració responsable de pensions o prestacions exemptes a tributació per IRPF (Imprès DPS 34912 disponible a la pàgina web de MUFACE).
2. **En el cas de no autoritzar a MUFACE** per a obtenir electrònicament les dades de l'IRPF a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades, i les dades de pensions o prestacions públiques (GISS) al Registre de Prestacions Socials Públiques (RPSP), haurà d'aportar:
  - Persones amb obligació de presentar la declaració d'IRPF, un dels documents següents:
    - Declaració IRPF (Model D-100) i justificant d'ingrés/devolució.
    - Certificat IRPF emès per l'AEAT.
  - Persones que no estan obligades a la presentació de la declaració de l'IRPF, tots dos documents:
    - Declaració de rendiments (Imprès DPS 34911 disponible a la pàgina web de MUFACE).
    - Certificació de l'AEAT d'estar exempt de l'obligació de presentar la declaració de l'IRPF.
3. **En cas d'estar subjecte a l'IRPF per Hisendes Forals**, un dels documents següents:
  - Declaració de l'IRPF o, si escau, de la comunicació emesa o de la liquidació girada a efectes de devolució, per l'Administració tributària (referida a dos anys anteriors a la data de sol·licitud).
  - Certificació de la Hisenda Foral acreditativa de no haver presentat declaració de l'impost i de les imputacions íntegres d'ingressos que constin en l'esmentada Administració.



## SOL·LICITUD D'AJUT ASSISTENCIAL

### DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
Província	País	Telèfon	NIF/Passaport/D. Identif. (UE)
<input type="checkbox"/> Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics . Adreça de correu electrònic: _____ @ _____			

### DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/D. Identif. (UE)	Cognoms	Nom
--------------------------------	---------	-----

### SITUACIÓ FAMILIAR

Estat civil de la persona sol·licitant	Detall de les persones que conviuen al domicili de la persona sol·licitant a 01/01/2025 amb relació de parentiu de consanguinitat o afinitat fins al tercer grau:			
	Cònjuge o persona assimilada al cònjuge	Nre de fills	Nre d'altres familiars	D' entre tots ells, nre de persones amb discapacitat

### DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

### DADES DE NOTIFICACIÓ (S'ha d'emplenar voluntàriament)

IBAN	CODI BANC	SUCURSAL	D.C	Nº COMPTE	Domicili: carrer o plaça i número	
					Codi Postal	Localitat
					Província	País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

#### DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementària que demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajuda o en les incompatibilitats de la mateixa.
- Conec el règim d' incompatibilitats d' aquest ajut que es troba descrit a la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant, degudament acreditat/da (art. 5 Llei 39/2015 d'1 d'octubre).

#### AUTORITZO A MUFACE (1) a realitzar les següents actuacions:

- Sol·licitar a l'Agència Estatal d'Administració Tributària les dades de l'IRPF de l'exercici anterior en dos anys al de vigència de la convocatòria, que siguin necessàries per a la comprovació dels requisits establerts per a aquesta prestació i exclusivament per a això.
- Recaptar electrònicament les dades de pensions o prestacions públiques (GISS) en el Registre de Prestacions Socials Públiques (RPSP) mitjançant consentiment de les persones afectades.

Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant, degudament acreditat/da (art. 5 Llei 39/2015 d'1 d'octubre).

### (1) ALTRES PERSONES QUE CONVIUEN AMB LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT QUE, EN CAS DE SIGNAR, PRESTEN AUTORITZACIÓ

PARENTIU	COGNOMS I NOM	NIF	FIRMA

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprova't per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" i "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .

**MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L' ESTAT**

MODALITAT D' AJUT ( <i>Seleccione modalitat/s</i> )	DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR, ESPECÍFICA DE CADA MODALITAT
<input type="checkbox"/> COPAGAMENT FARMACEÚTIC	No serà necessària la justificació documental de la despesa farmacèutica, dada que s' incorporarà a l' expedient per MUFACE.
<b>AJUT PER DESPESES</b>	
<input type="checkbox"/> Despeses de caràcter urgent en casos d' importància extraordinària, degudament justificada.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factura de les despeses de caràcter urgent.</li> <li>2. Altres documents que acreditin els fets origen de les despeses de caràcter urgent.</li> <li>3. Declaració responsable de la situació soci familiar i d'habitatge, acompanyada, si s'escau, de tot aquell document que es consideri apropiat per acreditar l'estat o situació de necessitat.</li> </ol>
<input type="checkbox"/> Atenció a despeses familiars ordinàries de caràcter general, si existeix insuficiència d'ingressos en la unitat de convivència per atendre'ls.	➤ Declaració responsable de la situació soci familiar i d'habitatge, acompanyada, si s'escau, de tot aquell document que es consideri apropiat per acreditar l'estat o situació de necessitat.
<b>AJUT PER INSUFICIÈNCIA DE PRESTACIONS</b>	
<input type="checkbox"/> Tractament psiquiàtric mitjançant internament o en règim ambulatori, no cobert per les prestacions sanitàries ni sociosanitàries. <input type="checkbox"/> Despeses de desplaçament per rebre assistència sanitària, quan no hagin de ser cobertes ni per l'Entitat Mèdica ni per MUFACE, segons les normes d' Assistència Sanitària. <input type="checkbox"/> Tractament mèdic o intervenció quirúrgica especial de caràcter excepcional per determinat/determinada facultatiu/facultativa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factura de la despesa.</li> <li>2. Informe de metge/essa/a de la necessitat de l'internament o tractament psiquiàtric, del desplaçament per rebre assistència sanitària o de la necessitat del tractament o intervenció quirúrgica.</li> </ol>
<input type="checkbox"/> Situació d'Incapacitat Temporal, sense dret al subsidi corresponent per no assolir el període de carència.	➤ Certificat de la Unitat Pagadora, acreditatiu de les retribucions en el primer mes de llicència i de la data en què ha deixat de percebre les retribucions complementàries.

**DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR EN TOTES LES MODALITATS:***(Referits a tots els membres de la unitat de convivència i a dos anys anteriors a la data de sol·licitud)*

1. **En tot cas**, declaració responsable de pensions o prestacions exemptes a tributació per IRPF (Imprès DPS 34912 disponible a la pàgina web de MUFACE).
2. **En el cas de no autoritzar a MUFACE** per a obtenir electrònicament les dades de l'IRPF a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades, i les dades de pensions o prestacions públiques (GISS) al Registre de Prestacions Socials Públiques (RPSP), haurà d'aportar:
  - Persones amb obligació de presentar la declaració d'IRPF, un dels documents següents:
    - Declaració IRPF (Model D-100) i justificant d'ingrés/devolució.
    - Certificat IRPF emès per l'AEAT.
  - Persones que no estan obligades a la presentació de la declaració de l'IRPF, tots dos documents:
    - Declaració de rendiments (Imprès DPS 34911 disponible a la pàgina web de MUFACE).
    - Certificació de l'AEAT d'estar exempt de l'obligació de presentar la declaració de l'IRPF.
3. **En cas d'estar subjecte a l'IRPF per Hisendes Forals**, un dels documents següents:
  - Declaració de l'IRPF o, si escau, de la comunicació emesa o de la liquidació girada a efectes de devolució, per l'Administració tributària (referida a dos anys anteriors a la data de sol·licitud).
  - Certificació de la Hisenda Foral acreditativa de no haver presentat declaració de l'impost i de les imputacions íntegres d'ingressos que constin en l'esmentada Administració.