

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

SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS

1	DATOS DEL/DE LA 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 DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN	
	Número de orden en el documento de beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")

3	DOCUMENTACIÓN	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Informe actualizado del facultativo independiente del centro cuyo ingreso es objeto de la solicitud, en el que conste el carácter crónico del proceso que se padezca, o bien, en su caso, orden judicial de internamiento, salvo que la orden aportada para la concesión anterior estuviese todavía en vigor.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificado del órgano competente de la Comunidad Autónoma acreditativo de la no percepción por el mutualista o beneficiario de ayuda o servicio por este mismo concepto, o en su caso, con expresión de la ayuda o servicio concedido o en su caso, Informe del Asesor Médico provincial.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Declaración responsable de no tener derecho a asistencia sanitaria para esta contingencia.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA					DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE: 1.- El coste de la plaza que ocupa el beneficiario no está subvencionado con fondos públicos. 2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos. 3.- 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. 4.- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria. 5.- Autorizo 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. <i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)</i>
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta/libreta	

5	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	
	Código postal	Localidad
	Provincia	País

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 de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es

DILIGENCIA

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

Se ha comprobado que los datos del titular y, en su caso, del beneficiario 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:

“Vista la presente solicitud, la documentación aportada, los antecedentes, así como la normativa aplicable, se acuerda:

- LA APROBACIÓN, de la ayuda solicitada para atención a enfermos psiquiátricos crónicos por importe máximo mensual de:
..... euros.

FECHA EFECTOS: ___/___/_____

- 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 EXPEDIENTE	

SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS

1	DATOS DEL/DE LA 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 DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN	
	Número de orden en el documento de beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")

3	DOCUMENTACIÓN	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Informe actualizado del facultativo independiente del centro cuyo ingreso es objeto de la solicitud, en el que conste el carácter crónico del proceso que se padezca, o bien, en su caso, orden judicial de internamiento, salvo que la orden aportada para la concesión anterior estuviese todavía en vigor.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificado del órgano competente de la Comunidad Autónoma acreditativo de la no percepción por el mutualista o beneficiario de ayuda o servicio por este mismo concepto, o en su caso, con expresión de la ayuda o servicio concedido o en su caso, Informe del Asesor Médico provincial.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Declaración responsable de no tener derecho a asistencia sanitaria para esta contingencia.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta/libreta

5	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	
	Código postal	Localidad
	Provincia	País

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- El coste de la plaza que ocupa el beneficiario no está subvencionado con fondos públicos.
- 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.
- Autorizo** 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 del PAC de las AAPP)

DPS-34201.2 (05/21) EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

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 de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es