



ESKATZEN DUEN TITULARRAREN DATUAK

Afiliazio-zenbakia	Lehen deitura	Bigarren deitura	Izena
Helbidea: kalea edo plaza eta zenbakia		Posta kodea	Herria
Estatua	Telefonoa	Jaiotze-data	IFZ/ Pasaportea/ Nortasun Agiria (EB)
Prestazio honen jakinarazpenak eta komunikazioak bitarteko elektronikoak egitea onartzen dut. Posta elektronikoko helbidea: _____@_____			

PERTSONA KAUSATZAILEAREN DATUAK

(eskatzailearekin bat badatoz, adierazi: "Bera")

IFZ / Pasaportea / N. Agiria (E.B.)	Deiturak	Izena
-------------------------------------	----------	-------

TRANSFERENTZIA BIDEZ ORDAINTEKO DATUAK

JAKINARAZPENERAKO DATUAK (Borondatez beteko da)

IBAN	BANKETXE	SUKURTSALA	K.D	KONTU	Kalea, plaza eta zenbakia	
Adierazi zein datatik aurrera eskatzen dituzun prestazioaren ondorio ekonomikoak:					Posta kodea	Herria
					Probintzia	

Prozedura hau ebazteko, MUFACEk, nortasun eta bizileku-datuak bildu, kont sultatu edo egiaztatu ahal izango ditu Datuen Bitartekotza-Plataforman (Urriaren 1eko 39/2015eko Legearen 28.2 artikulua). Zure aurkapena espresuki eta justifikatuta adierazi ahal izango duzu, formulario honeta n agertzen den datuak babesteko klausulan adierazten den bezala

NIRE ARDURAPEAN HONAKO HAU AITORTZEN DUT:

1. Onuradunak duen plazaren kostuak ez duela fondo publikoetatik subentziorik hartzen.
2. Eskabide honetan agertzen diren datu guztiak, egiazkoak direla.
3. MUFACEk eska diezazkidaken bestelako agiriak, berari emateko konpromisoa hartzen dudala. Halaber, bai laguntza emateko betekizunetan bai bateraezintasunetan eragin dezakeen edozein aldaketa jakinaraziko didodala.
4. Laguntza honen bateraezintasunen araubidea ezagutzen dudala, deialdiaren ebazpenean agertzen den bezala.

Tokia, data eta eskatzailearen izenpea, edo bere ordezkarena, behar bezala egiaztatua (urriaren 1eko, 39/2015eko Legearen 5. artikulua)

AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK

- Eskabidearen helburua den ospitalizazio zentroarekiko loturarik gabeko medikuaren txosten eguneratua. Bertan, diagnostikoa eta tratamendua zehaztuko dira, prozesua kronikoa dela aipatuz (DPS 34202 inprimakia) edo, hala balegokio, barneratzeko epailearen agindua, aurreko eskaeran erantsitako agindu hau indarrean egonez gero izan ezik.
- Ospitaleratzeko ospitale, zentro edo unitate psikiatrikoa administrazio publiko eskudunak ofizialki onartuta dagoela eta onuraduna plaza psikiatrikoan dagoela egiaztatzen duen ziurtagiria.
- Autonomia Erkidegoko eskumena duen organoaren ziurtagiria, haren bidez egiaztatu beharko delarik mutualistak edo onuradunak ez dutela jasotzen kontzeptu beragatik ez diru-laguntzarik ez zerbitzurik, edo, bere kasuan, onartutako diru-laguntza edo zerbitzua edo bere kasuan, Aholkulari mediku probintzialaren txostena.
- Erantzukizunpeko adierazpena, kontingentzia horretarako osasun-laguntzarako eskubiderik ez izateari buruzkoa (DPS 34203 inprimakia).
- Factura/ek legezko betekizunak bete beharko ditu(zte).
- Gizarte-Ekintzarako Batzordearen ziurtagiria edo honen pareko administrazio-agiria edo adierazpen erantzulea (DPS 34916 inprimakia).

Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2016ko apirilaren 27ko 2016/679(EB) Erregelamenduaren (Datu Pertsonalak Babesteko Erregelamendu Orokorra) eta Datu Pertsonalak Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoaren 13 artikuluen arabera, jakinarazten da ematen diren datu pertsonalak MUFACEk tratatuko dituela, Gizarte-prestazioak kudeatzeko helburuarekin. Mutualismo administratiboa. Tratamendu hori beharrezkoa da Estatuko Funtzionario Zibilen Gizarte Segurantzari buruzko Legearen testu bateginaren 4 eta 12 artikuluetan ezarritako lege-betebeharra betetzeko (ekainaren 23ko 4/2000 Legegintzako Errege Dekretuaren bidez onartua). MUFACEko Gizarte Prestazioen Saileko zuzendariaren aurrean erabil ditzake bere eskubideak datuak babesteko arloan.

Informazio gehiago: "[Pribatutasuna eta datu pertsonalen babesa](#)" eta "[Mutualitatearen Datuak Babesteko Ordezkarria](#)"



ESKATZEN DUEN TITULARRAREN DATUAK

Afiliazio-zenbakia	Lehen deitura	Bigarren deitura	Izena
Helbidea: kalea edo plaza eta zenbakia		Posta kodea	Herria
Estatua	Telefonoa	Jaiotze-data	IFZ/ Pasaportea/ Nortasun Agiria (EB)
Prestazio honen jakinarazpenak eta komunikazioak bitarteko elektronikoak egitea onartzen dut. Posta elektronikoko helbidea: _____@_____			

PERTSONA KAUSATZAILEAREN DATUAK

(eskatzailearekin bat badatoz, adierazi: "Bera")

IFZ / Pasaportea / N. Agiria (E.B.)	Deiturak	Izena
-------------------------------------	----------	-------

TRANSFERENTZIA BIDEZ ORDAINTEKO DATUAK

JAKINARAZPENERAKO DATUAK (Borondatez beteko da)

IBAN	BANKETXE	SUKURTSALA	K.D	KONTU	Kalea, plaza eta zenbakia	
Adierazi zein datatik aurrera eskatzen dituzun prestazioaren ondorio ekonomikoak:					Posta kodea	Herria
					Probintzia	

Prozedura hau ebazteko, MUFACEk, nortasun eta bizileku-datuak bildu, kont sultatu edo egiaztatu ahal izango ditu Datuen Bitartekotza-Plataforman (Urriaren 1eko 39/2015eko Legearen 28.2 artikulua). Zure aurkapena espresuki eta justifikatuta adierazi ahal izango duzu, formulario honeta n agertzen den datuak babesteko klausulan adierazten den bezala

NIRE ARDURAPEAN HONAKO HAU AITORTZEN DUT:

1. Onuradunak duen plazaren kostuak ez duela fondo publikoetatik subentziorik hartzen.
2. Eskabide honetan agertzen diren datu guztiak, egiazkoak direla.
3. MUFACEk eska diezazkidaken bestelako agiriak, berari emateko konpromisoa hartzen dudala. Halaber, bai laguntza emateko betekizunetan bai bateraezintasunetan eragin dezakeen edozein aldaketa jakinaraziko didodala.
4. Laguntza honen bateraezintasunen araubidea ezagutzen dudala, deialdiaren ebazpenean agertzen den bezala.

Tokia, data eta eskatzailearen izenpea, edo bere ordezkorena, behar bezala egiaztatua (urriaren 1eko, 39/2015eko Legearen 5.artikulua)

AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK

- Eskabidearen helburua den ospitalizazio zentroarekiko loturarik gabeko medikuaren txosten eguneratua. Bertan, diagnostikoa eta tratamendua zehaztuko dira, prozesua kronikoa dela aipatuz (DPS 34202 inprimakia) edo, hala balegokio, barneratzeko epailearen agindua, aurreko eskaeran erantsitako agindu hau indarrean egonez gero izan ezik.
- Ospitaleratzeko ospitale, zentro edo unitate psikiatrikoa administrazio publiko eskudunak ofizialki onartuta dagoela eta onuraduna plaza psikiatrikoan dagoela egiaztatzen duen ziurtagiria.
- Autonomia Erkidegoko eskumena duen organoaren ziurtagiria, haren bidez egiaztatu beharko delarik mutualistak edo onuradunak ez dutela jasotzen kontzeptu beragatik ez diru-laguntzarik ez zerbitzurik, edo, bere kasuan, onartutako diru-laguntza edo zerbitzua edo bere kasuan, Aholkulari mediku probintzialaren txostena.
- Erantzukizunpeko adierazpena, kontingentzia horretarako osasun-laguntzarako eskubiderik ez izateari buruzkoa (DPS 34203 inprimakia).
- Factura/ek legezko betekizunak bete beharko ditu(zte).
- Gizarte-Ekintzarako Batzordearen ziurtagiria edo honen pareko administrazio-agiria edo adierazpen erantzulea (DPS 34916 inprimakia).

Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2016ko apirilaren 27ko 2016/679(EB) Erregelamenduaren(Datu Pertsonalak Babesteko Erregelamendu Orokorra) eta Datu Pertsonalak Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoaren 13 artikuluen arabera, jakinarazten da ematen diren datu pertsonalak MUFACEk tratatuko dituela, Gizarte-prestazioak kudeatzeko helburuarekin. Mutualismo administratiboa. Tratamendu hori beharrezkoa da Estatuko Funtzionario Zibilen Gizarte Segurantzari buruzko Legearen testu bateginaren 4 eta 12 artikuluetan ezarritako lege-betebeharra betetzeko(ekainaren 23ko 4/2000 Legegintzako Errege Dekretuaren bidez onartua). MuFACEko Gizarte Prestazioen Saileko zuzendariaren aurrean erabil ditzake bere eskubideak datuak babesteko arloan.

Informazio gehiago: "[Pribatasuna eta datu pertsonalen babesa](#)" eta "[Mutualitatearen Datuak Babesteko Ordezkarria](#)"