



**SOL·LICITUD D'AJUT DE SEPELI**

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

<b>1</b>	<b>DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT</b>			
	Número d'afiliació a MUFACE o Seg. Social	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	Domicili: carrer o plaça i número	Codi postal	Localitat	Província
	Pais	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)
Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____				

<b>2</b>	<b>INFORMACIÓ SOBRE LA PERSONA CAUSANT</b>			
	1è cognom	2n cognom	Nom	NIF
Data de defunció: _ / _ / _ _ _ _				
<i>Marqueu amb "X" el supòsit que es tracti</i>				
<input type="checkbox"/> a) Persona Beneficiària del/de la titular <input type="checkbox"/> b) Titular de document assimilat al d'afiliació <input type="checkbox"/> c) Fil/a difunt/a abans d'haver transcorregut un mes des del seu naixement i que complia els requisits per a ser persona beneficiària del/de la titular <input type="checkbox"/> d) Fetus que hagi estat en el si matern si més no 180 dies				

<b>3</b>	<b>DOCUMENTACIÓ</b>			
	<i>Assenyalau amb "X" els documents que aporteu</i>			
<input type="checkbox"/> Document de beneficiaris/as del Mutualisme Administratiu o document assimilat al d'afiliació, segons procedeixi, per actualitzar-lo. <input type="checkbox"/> Certificat mèdic oficial de la defunció de la persona beneficiària o fotocòpia del Llibre de Família en què consti aquesta defunció, o certificació del Registre Civil acreditativa de la defunció. <input type="checkbox"/> Certificat mèdic oficial en què consti la data d'interrupció de l'embaràs i el temps de gestació (sols per al supòsit 2.d) <input type="checkbox"/> Document acreditatiu de les despeses originades (sols per al supòsit 2.d) <input type="checkbox"/> Altres documents .....				

<b>4</b>	<b>DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA</b>			
	IBAN	Entitat bancària	Sucursal	D.C.
Número de compte/libreta				

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

**DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:**  
**Totes les dades consignades són certes i completes.**

*Lloc, data i signatura del/de la sol·licitant o representant degudament acreditat/acreditada (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del PAC de les AAPP)*

<b>5</b>	<b>DADES DE NOTIFICACIÓ (Per emplenar voluntàriament)</b>			
	Domicili: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Un altre domicili <input type="checkbox"/>			
	Carrer, plaça i número			
	Codi postal	Localitat		
Província		Pais		

EXEMPLAR PER A MUFACE

DPS-33201.1 (06/22)

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 (aprovat 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: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

## DILIGÈNCIA

Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada per no poder comprovar en les persones sol·licitants o causants les condicions d'afiliació o alta.

Han estat comprobades les dades del sol·licitant i del causant a qui es refereix aquesta sol·licitud i en la data del fet causant

- ambdós reuneixen les condicions d'afiliació i/o alta necessàries per a la prestació.
- la persona sol·licitant reuneix les condicions d'afiliació i/o alta i la persona causant complia els requisits de l'epígraf 2.1.c) de la Instrucció SE-1/2000, modificada per la Instrucció SE-1.1/2003.
- la persona sol·licitant reuneix les condicions d'afiliació i/o alta i la persona causant complia els requisits de l'epígraf 2.1.d) de la Instrucció SE-1/2000, modificada per la Instrucció SE-1.1/2003.
- la persona sol·licitant no reuneix les condicions d'afiliació o alta que són precises en el supòsit que es tracta.
- la persona causant no reuneix les condicions d'afiliació ni complia els requisits dels epígrafs 2.1.c) o d) de la Instrucció SE-1/2000, modificada per la Instrucció SE-1.1/2003.
- altres circumstàncies (especificar):

, de/d' de  
EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,

## PROPOSTA DE RESOLUCIÓ

Es proposa la resolució següent:

"Vista aquesta sol·licitud, els informes emesos, la documentació aportada i els antecedents oportuns, així com la normativa aplicable, RESOLC:

APROVAR-LA perquè reuneix els requisits exigibles amb la concessió de la quantitat de

**EUROS**

en concepte d'ajut de sepeli, el pagament del qual es pot realitzar sense cap més tràmit.

DENEGAR-LA, per

, de/d' de  
EL/LA CAP DE PRESTACIONS,

### CONFORME

Notifiqueu-la i, si escau, disposeu el pagament sense cap més tràmit.

, de/d' de



**SOL·LICITUD D'AJUT DE SEPELI**

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

<b>1</b>	<b>DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT</b>			
	Número d'afiliació a MUFACE o Seg. Social	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	Domicili: carrer o plaça i número	Codi postal	Localitat	Província
	Pais	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)
Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____				

<b>2</b>	<b>INFORMACIÓ SOBRE LA PERSONA CAUSANT</b>			
	1è cognom	2n cognom	Nom	NIF
Data de defunció: _ _ / _ _ / _ _				
<i>Marqueu amb "X" el supòsit que es tracti</i>				
<input type="checkbox"/> a) Persona Beneficiària del/de la titular <input type="checkbox"/> b) Titular de document assimilat al d'afiliació <input type="checkbox"/> c) Fil/a difunt/a abans d'haver transcorregut un mes des del seu naixement i que complia els requisits per a ser persona beneficiària del/de la titular <input type="checkbox"/> d) Fetus que hagi estat en el si matern si més no 180 dies				

<b>3</b>	<b>DOCUMENTACIÓ</b>			
	<i>Assenyalau amb "X" els documents que aporteu</i>			
<input type="checkbox"/> Document de beneficiaris/as del Mutualisme Administratiu o document assimilat al d'afiliació, segons procedeixi, per actualitzar-lo. <input type="checkbox"/> Certificat mèdic oficial de la defunció de la persona beneficiària o fotocòpia del Llibre de Família en què consti aquesta defunció, o certificació del Registre Civil acreditativa de la defunció. <input type="checkbox"/> Certificat mèdic oficial en què consti la data d'interrupció de l'embaràs i el temps de gestació (sols per al supòsit 2.d) <input type="checkbox"/> Document acreditatiu de les despeses originades (sols per al supòsit 2.d) <input type="checkbox"/> Altres documents .....				

<b>4</b>	<b>DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA</b>			
	IBAN	Entitat bancària	Sucursal	D.C.
Número de compte/líibreta				

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

**DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:**  
**Totes les dades consignades són certes i completes.**

*Lloc, data i signatura del/de la sol·licitant o representant degudament acreditat/acreditada (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del PAC de les AAPP)*

<b>5</b>	<b>DADES DE NOTIFICACIÓ</b> <i>(Per emplenar voluntàriament)</i>			
	Domicili: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Un altre domicili <input type="checkbox"/>			
	Carrer, plaça i número			
	Codi postal	Localitat		
Província		Pais		

EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA

DPS-33201.2 (06/22)

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 (aprovat 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: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)