



**SOLICITUDE DE AXUDA PARA
ATENCIÓN Á DROGODEPENDENCIA
E OUTRAS ADICCIÓNS**

DATOS DA PERSONA TITULAR SOLICITANTE			
Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)
Consinto que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos.			
Dirección de correo electrónico : _____ @ _____			

DATOS DA PERSOA CAUSANTE <i>(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")</i>		
NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)	Apelidos	Nome

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA					DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(para cubrir voluntariamente)</i>	
IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CONTA	Domicilio: rúa ou praza e número	
Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: DIA / MES / ANO					Código postal	Localidade
					Provincia	

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifesta-la súa oposición expresa e xustificadamente, tal como se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:

1. Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.
2. Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
3. Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe psicolóxico ou médico actualizado da persoa especialista que atende ao paciente que inclúa o xuízo diagnóstico relativo á dependencia padecida e a recomendación de recibir tratamento integral da mesma, segun do impreso 34402 dispoñible na páxina web de MUFACE. ➤ Certificado expedido por terapeuta individual especializado ou ben pola dirección do Centro (epígrafe 5.4.2 da convocatoria). ➤ Factura/s que deberán reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles. ➤ Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento xeral de protección de datos persoais) e a Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento cómpre para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos funcionarios civís do Estado (aprobado polo Real decreto lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o/a director/a do Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE



**SOLICITUDE DE AXUDA PARA
ATENCIÓN Á DROGODEPENDENCIA
E OUTRAS ADICCIÓNS**

DATOS DA PERSONA TITULAR SOLICITANTE			
Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)
Consinto que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos.			
Dirección de correo electrónico : _____ @ _____			

DATOS DA PERSOA CAUSANTE <i>(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")</i>		
NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)	Apelidos	Nome

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA					DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(para cubrir voluntariamente)</i>	
IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CONTA	Domicilio: rúa ou praza e número	
Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: DIA / MES / ANO					Código postal	Localidade
					Provincia	

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifesta-la súa oposición expresa e xustificadamente, tal como se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:

1. Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.
2. Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
3. Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe psicolóxico ou médico actualizado da persoa especialista que atende ao paciente que inclúa o xuízo diagnóstico relativo á dependencia padecida e a recomendación de recibir tratamento integral da mesma, segun do impreso 34402 dispoñible na páxina web de MUFACE. ➤ Certificado expedido por terapeuta individual especializado ou ben pola dirección do Centro (epígrafe 5.4.2 da convocatoria). ➤ Factura/s que deberán reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles. ➤ Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento xeral de protección de datos persoais) e a Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento cómpre para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos funcionarios civís do Estado (aprobado polo Real decreto lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o/a director/a do Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE