

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE		REGISTRO DE PRESENTACIÓN	
SERVIZO PROVINCIAL			
OFICINA DELEGADA		REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE			

SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN Á DROGODEPENDENCIA E OUTRAS ADICCIÓNS

1	DATOS DO/DA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	
	Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)	
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____.				

2	DATOS DO/DA BENEFICIARIO/A DA PRESTACIÓN		
	Número de orde no documento de beneficiarios/as	Apellidos e nome (de ser o/a propio/a titular, indíquese "o/a mesmo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)

3	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				5	DATOS PARA A NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)		
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC		Número de conta/cartilla	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>
4	Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: ____/____/____				Rúa ou praza e número			
					Código Postal		Localidade	
					Provincia		País	

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 manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo 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.- Comprométo a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión.
- 3.- Coñezo o réxime de incompatibilidades da axuda ou nas incompatibilidades desta.

Lugar, data e sinatura do/a solicitante, ou do seu representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015, de 1 de outubro).

6	DOCUMENTACIÓ APORTADA	
	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 (modelo DPS-34002, de MUFACE).	
	Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.	
	Factura/s que deberán reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.	
Certificado expedido por terapeuta individual especializado ou ben pola dirección do Centro (epígrafe 2.5.4 da convocatoria).		

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 é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información: [Privacidade e protección de datos persoais](#). [Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#).

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CÍVÍS DO ESTADO

Dilixencia

Soamente se cumprimentará se a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por faltarlle no/na titular ou, se é o caso, no/na beneficiario/a, as condicións de afiliación precisas para causar a prestación.

Comprobase que os datos do/da titular e, se é o caso, do/da beneficiario/a da presente solicitude:

- reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación.
- non reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación, por

, a de de
O/A XEFE/A DE COLECTIVO,

Proposta de resolución

Proponse a seguinte resolución:

“Logo de ver a presente solicitude, a documentación achegada, os antecedentes, así como a normativa aplicable, acórdase:

- A aprobación da solicitude de axuda para atención á drogodependencia e outras adiccións de 250,00 euros mensuais, de acordo coa correspondente convocatoria:

Data de efectos: ___ / ___ / _____

- A **denegación** por

, a de de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS,

Pagamento , se é o caso, CONFORME:

Notifíqueselle e soamente no caso de que achegue xustificantes, dispóñase o pagamento.

, a de de
Por delegación da DIRECCIÓN XERAL DE MUFACE

O/A DIRECTOR/A PROVINCIAL

Asdo.:



IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	

SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN Á DROGODEPENDENCIA E OUTRAS ADICCIÓN S

1	DATOS DO/DA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	
	Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)	
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____.				

2	DATOS DO/DA BENEFICIARIO/A DA PRESTACIÓN		
	Número de orde no documento de beneficiarios/as	Apellidos e nome (de ser o/a propio/a titular, indíquese "o/a mesmo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)

3	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				5	DATOS PARA A NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)		
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC		Número de conta/cartilla	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>
4	Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: ____/____/____					Rúa ou praza e número		
						Código Postal	Localidade	
				Provincia		País		

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 manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo 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.- Comprométo a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión.
- 3.- Coñezo o réxime de incompatibilidades da axuda ou nas incompatibilidades desta.

Lugar, data e sinatura do/a solicitante, ou do seu representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015, de 1 de outubro)

6	DOCUMENTACIÓN APORTADA	
	Informe psicolóxico []	
	Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable. []	
	Factura/s que deberán reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles. []	
Certificado expedido por terapeuta individual especializado ou ben pola dirección do Centro (epígrafe 2.5.4 da convocatoria). []		

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 é necesario 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 por Real Decreto Legislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Á

Máis información: [Privacidade e protección de datos persoais](#)