¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe el puntero del ratón en el espacio correspondiente de la pág. 1 y aparecerá relleno en las demás págs. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprimalo para proceder posteriormente a su entrega.

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

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

SOLICITUDE DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AXUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 da resolución de convocatoria para 2024)

1 DATOS DEL/DE LA TITULAR

Número de afiliación	Apelidos, Nome	Número Identificación Fiscal

Domicilio: Rua ou praza e número	Código postal e localidade	Provincia

*Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico:*_____@_____

2 DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2023

Número de expediente	Prestación

Beneficiario/a (apelidos e nome)	Importe mensual

3 DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDAD QUE:
(marque con "X" nlos casos que proceda)

- ☐ A situación económica que serviu de base para a concesión da dita axuda non sufrirá previsiblemente un incremento que exceda do 5% respecto ao último ano..
- ☐ O grao de discapacidade continúa sendo igual ou superior ao 65 por 100 ou ao 80 por 100, si neste último caso non se alcanzan os 65 anos de idade..
- ☐ A unidade de convivencia e as demais circunstancias que se tiveron en conta para a concesión da axuda indicada anterior non variaron.
- ☒ Non se me fixo efectivo servizo algún ou prestación económica vinculada ao mesmo, a través do SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar do IMSERSO ou da miña Comunidade Autónoma os datos necesarios para a comprobación destes extremos.
- ☒ Cúmprese o requisito previsto no epígrafe 9.1, terceiro e cuarto parágrafo, da resolución de convocatoria de 2024:
  -Mantén a súa validez a cualificación de discapacidade que serviu de base para a súa concesión en exercicios anteriores.
  -A declaración como non dependente resolveuse polo órgano competente do SAAD con posterioridade a xaneiro de 2011 ou se é anterior a esta data, o/a interesado/a solicitou unha nova valoración do SAAD.
- ☒ Comprométome a aportar a documentación requirida por MUFACE a efectos de verificación do declarado e a comunicar a MUFACE calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas súas incompatibilidades.

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 dtos que figura neste formulario.

4 DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta

5 DATOS PARA A NOTIFICACIÓN *(A cumprimentar voluntariamente)*

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐

Rúa ou praza e número	
Código Postal	Localidade
Provincia	País

En virtude da declaración formulada no recadro 3 e da documentación aportada, segundo o recadro 6, **SOLICITO**: A prolongación de efectos **para o exercicio de 2024**, da prestación indicada e o aboamento do importe que corresponda na conta/cartilla, cuxos datos sinalo.

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

LIMPIAR FORMULARIO

DPS-34150.1 (03/24) EXEMPLAR PARA O SERVIZO PROVINCIAL DE MUFACE

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 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 CIVÍS DO ESTADO

6

DOCUMENTACIÓN A ACHEGAR

(Sempre, a sinaalada con ☒ . No seu caso, as sinaladas con ☐, marcándoas con "X")

☒ Resolución de recoñecemento ou non da situación de dependencia como,no seu caso, da resolución do PIA, ou da resolución de recoñecemento da concreta prestación, das que se infiran a non efectividade das prestacións do SAAD.

☐ Solicitude da nova revisión á Comunidade Autónoma no caso de declaración como non dependente anterior a 1 de xaneirode 2011.

☐ En caso de recoñecemento da situación de dependencia, exista ou non PIA, deberá presentarse certificación da Comunidade Autónoma acreditativa de que as prestacións do SAAD non son efectivas no ámbito temporal da presente convocatoria.

☐ En caso de non recoñecemento da situación de dependencia, acreditación suficiente da validez do grao de discapacidade que serviu de base para a concesión da axuda inicial.

☐ Certificación da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.

.

PROPOSTA DE RESOLUCIÓN

Proponse a seguinte resolución:

Vista a presente solicitude, a documentación aportada, os antecedentes, así como a normativa aplicable, acórdase:

☐ o RECOÑECEMENTO da prestación correspondente, por importe de …….. e con efectos de 1 de xaneiro de 2024.

☐ o RECOÑECEMENTO da prestación para as modalidades distintas á de apoio domiciliario nun importe equivalente ao 50 por cento do recoñecido en 2023 e con efectos de…….. de 2024, por incumplir o solicitante algún dos requisitos establecidos nas letras a), b) ou c) do epígrafe 9.2 da resolución de convocatoria.

☐ o RECOÑECEMENTO da prestación na modalidade de apoio domiciliario por importe de 153 € mensuais, se a axuda concedida en 2023 foi superior a esta contía

☐ o RECOÑECEMENTO dunha prestación por importe de …….. €, equivalente á recoñecida, pero non feita efectiva polo SAAD e con efectos de …….. de 2024, por atoparse o/a solicitante no suposto a que se refire o epígrafe 9.5 da resolución de convocatoria.

☐ a DENEGACIÓN da prestación por

☐ OBSERVACIÓNS

En.....,a .....de .....de **…….**

O/A XEFE/A DE PRESTACIONES,

Fdo.:

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

Fdo.:

DPS-34150.1 (03/24) EXEMPLAR PARA O SERVIZO PROVINCIAL DE MUFACE

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

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

SOLICITUDE DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AXUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 da resolución de convocatoria para 2024)

1 DATOS DEL/DE LA TITULAR

Número de afiliación	Apelidos, Nome	Número Identificación Fiscal

Domicilio: Rua ou praza e número	Código postal e localidade	Provincia

*Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico:*_____@_____

2 DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2023

Número de expediente	Prestación

Beneficiario/a (apelidos e nome)	Importe mensual

3 DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDAD QUE:
(marque con "X" nlos casos que proceda)

- ☐ A situación económica que serviu de base para a concesión da dita axuda non sufrirá previsiblemente un incremento que exceda do 5% respecto ao último ano..
- ☐ O grao de discapacidade continúa sendo igual ou superior ao 65 por 100 ou ao 80 por 100, si neste último caso non se alcanzan os 65 anos de idade..
- ☐ A unidade de convivencia e as demais circunstancias que se tiveron en conta para a concesión da axuda indicada anterior non variaron.
- ☒ Non se me fixo efectivo servizo algún ou prestación económica vinculada ao mesmo, a través do SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar do IMSERSO ou da miña Comunidade Autónoma os datos necesarios para a comprobación destes extremos.
- ☒ Cúmprese o requisito previsto no epígrafe 9.1, terceiro e cuarto parágrafo, da resolución de convocatoria de 2024:
  -Mantén a súa validez a cualificación de discapacidade que serviu de base para a súa concesión en exercicios anteriores.
  -A declaración como non dependente resolveuse polo órgano competente do SAAD con posterioridade a xaneiro de 2011 ou se é anterior a esta data, o/a interesado/a solicitou unha nova valoración do SAAD.
- ☒ Comprométome a aportar a documentación requirida por MUFACE a efectos de verificación do declarado e a comunicar a MUFACE calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas súas incompatibilidades.

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 dtos que figura neste formulario.

4 DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta

5 DATOS PARA A NOTIFICACIÓN *(A cumprimentar voluntariamente)*

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐

Rúa ou praza e número	
Código Postal	Localidade
Provincia	País

En virtude da declaración formulada no recadro 3 e da documentación aportada, segundo o recadro 6, **SOLICITO**: A prolongación de efectos **para o exercicio de 2024**, da prestación indicada e o aboamento do importe que corresponda na conta/cartilla, cuxos datos sinalo.

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

DPS-34150.2 (03/24) EXEMPLAR PARA O/A INTERESADO/A

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 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 CIVÍS DO ESTADO

6 DOCUMENTACIÓN A ACHEGAR

(Sempre, a sinalada con ☒ No seu caso, as sinaladas con , marcándoas con "X")

☒ Resolución de recoñecemento ou non da situación de dependencia como, no seu caso, da resolución do PIA, ou da resolución de recoñecemento da concreta prestación, das que se infiran a non efectividade das prestacións do SAAD.

☐ Solicitude da nova revisión á e Comunidad Autónoma no caso de declaración como non dependente anterior a 1 de xaneiro de 2011.

☐ En caso de recoñecemento da situación de dependencia, exista ou non PIA, deberá presentarse certificación da Comunidade Autónoma acreditativa de que as prestacións do SAAD non son efectivas no ámbito temporal da presente convocatoria.

☐ En caso de non recoñecemento da situación de dependencia, acreditación suficiente da validez do grao de discapacidade que serviu de base para a concesión da axuda inicial.

☐ Certificación da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.

DPS-34150.2 (03/24) EXEMPLAR PARA O/A INTERESADO/A