¡ Atención! Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, sitúe 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, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SERVEI PROVINCIAL	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ PER FILL, FILLA O MENOR EN ACOLLIMENT A CÀRREC AMB DISCAPACITAT

1 DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT PERCEPTORA

Primer cognom	Segon cognom	Nom	Número d'afiliació	
NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)	Relació amb la persona causant	Domicili: carrer o plaça i número		

Codi postal	Localitat	Província	País	Telèfon

Correu electrònic:

La persona sol·licitant presta mesures de suport a la persona amb discapacitat i exerceix: ☐ Curatela, ☐ Tutela, ☐ Guarda de fet, ☐ Uns altres (Especifiqui quin):

DADES DE L'ALTRA PERSONA QUE ÉS TITULAR DE LA PÀTRIA POTESTAT O TUTELA

Primer cognom	Segon cognom	Nom	NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)

Règim de Seguretat Social:	Núm. afiliació a Règim Seg. Soc.

2 DADES DE LA PERSONA AMB DISCAPACITAT/CAUSANT *(marqueu amb X les caselles corresponents)*

Primer cognom	Segon cognom	Nom	Data naixement	NIF/Pasaporte/DI (UE)
			__ __/ __ __/ __ __ __	

1 ☐ És fill/a de la persona sol·licitant.

2 ☐ És menor acollit/acolliment per la persona sol·licitant (aportar Decisió Judicial d'Acolliment).

3 ☐ És persona beneficiària amb document assimilat al d'afiliació, en ser orfe o òrfena de mutualista.

En cas que el seu grau de discapacitat sigui igual o superior al 75%: ☐ Sí ☐ No necessita ajuda 3a persona.

(En cas afirmatiu ha d'aportar la Resolució de Discapacitat en la qual s'esmenti expressament o la Resolució del Reconeixement del grau de Dependència).

4 ☐ Exerceix activitat lucrativa laboral per compte: ☐ Propi ☐ Aliè

Els rendiments nets que obté per aquest concepte, considerats en còmput anual, ☐ Sí ☐ No superen el 100 per cent del salari mínim interprofessional vigent, considerat també en còmput anual.

5 ☐ Percep pensió per ☐ jubilació, ☐ invalidesa, ☐ vidüitat o ☐ orfenesa

6 Conviu amb la persona sol·licitant ☐ Sí ☐ No

Si no conviu, especifiqui motiu:

EXEMPLAR PER A MUFACE

DPS-21001.1 (03/24)

Limpiar formulario

3 DOCUMENTS NECESSARIS PER A LA TRAMITACIÓ

Sempre l'assenyalat amb ☒; a més, segons el que sigui procedent en cada cas, el/s assenyalat/s amb ☐, marcant-los amb X.

(Poden presentar-se fotocòpies compulsades o originals, acompanyats de fotocòpia, perquè MUFACE els compulsi)

A ☒ Resolució de reconeixement del grau de discapacitat i dictamen tècnic-facultatiu vigent, expedits pels òrgans de l'IMSERSO o de les Comunitats Autònomes i Diputacions Forals, amb competències en aquesta matèria. També es podrà acreditar la necessitat de tercera persona mitjançant l'aplicació del barem de valoració de la situació de dependència (BVD).

B ☐ Si l'altra persona titular de la pàtria potestat està afiliada a MUGEJU, certificat que acrediti que no percep aquesta prestació a través de MUGEJU.

Es comprovarà a través de l'accés al Registre de Prestacions Socials Públiques que no es percep aquesta prestació a través d'un altre Règim Públic de la Seguretat Social.

C ☐ Si la persona causant té 16 o més anys d'edat, s'haurà d'acreditar la seva situació quant a la seva possible afiliació a algun Règim Públic de Seguretat Social. Per a això, haurà d'autoritzar a MUFACE perquè realitzi una consulta telemàtica sobre aquest tema, per al que **la persona causant subscriu aquesta autorització**:

……..

(signatura de la persona causant o del seu representant legal)

D ☐ Si la persona causant necessita mesures de suport per a l'exercici de la seva capacitat jurídica, document que acrediti que la persona sol·licitant és qui exerceix aquestes mesures (en cas de tutela i curatela, nomenament i acceptació del càrrec).

E ☐ En cas que la persona causant exerceixi activitat laboral:

- ☐ **- Fotocòpia compulsada del contracte de treball complet i vigent, on hi consti la raó social de l'empresa així com, si escau, les pròrrogues.**
- ☐ **- Fotocòpia compulsada de les tres últimes nòmines de que disposi, que son necessàries per a valorar el compliment dels requisits. En cas de no aportar-les juntament amb la sol·licitud, s'han d'aportar el més aviat possible.**
- ☐ **- En cas de treballadors/as per compte propi que no disposin de nòmines, hauran de presentar documentació acreditativa dels ingressos que perceben per la seva activitat laboral.**

F ☐ Si es percebia alguna pensió, prestació o subsidi incompatible: document que acrediti que s'ha donat de baixa aquesta prestació incompatible, indicant els efectes de la baixa.

G ☐ Si la persona causant és una persona menor en règim d'acolliment familiar, tant de caràcter permanent com preadoptiu: decisió administrativa o judicial d'acolliment.

4 FORMA DE PAGAMENT

TRANSFERÈNCIA BANCÀRIA

IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC	Número de compte/llibreta

5 DADES DE NOTIFICACIÓ *(veieu instruccions)*

Carrer o plaça i número	
Codi postal	Localitat
Província	País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

1.- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud **són certes i completes.**

2.- Cap de les persones progenitores, adoptants o acollidores percep ni ha sol·licitat prestació pel mateix fet ni pel mateix causant en cap altre règim públic de Seguretat Social.

3.- Conec que aquesta prestació és incompatible amb la pensió no contributiva d'invalidesa o de jubilació, així com amb la pensió assistencial regulada en la Llei 45/1960, de 21 de juliol, i amb els subsidis de garantia d'ingressos mínims i d'ajuda per tercera persona establerts en la Llei 13/1982, de 7 d'abril. Per la qual cosa, manifesto, respecte dels dos progenitors, adoptants o acollidors, que:

- ☐ No percebem cap quantia per aquests conceptes.
- ☐ Percebem alguna pensió o prestació, però hem manifestat la nostra opció a favor de la prestació de MUFACE.
- ☐ Percebem algun subsidi, però hem manifestat la nostra renúncia.

4.- Conec que estic obligat/obligada a comunicar immediatament a MUFACE qualsevol variació que incideixi en els requisits de la prestació.

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

EXEMPLAR PER A MUFACE

DPS-21001.1 (03/24)

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 Garantía dels Drets Digitals,** us informem que les dades de carácter 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 la persona titular del Departament de Prestacions Socials..
Més información: http://www.muface.es/protecciondedatos - Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat.

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SERVEI PROVINCIAL	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
CODI DE L'EXPEDIENT	**REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE**

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ PER FILL, FILLA O MENOR EN ACOLLIMENT A CÀRREC AMB DISCAPACITAT

1 DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT PERCEPTORA

Primer cognom	Segon cognom	Nom	Número d'afiliació	
NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)	Relació amb la persona causant	Domicili: carrer o plaça i número		

Codi postal	Localitat	Província	País	Telèfon

Correu electrònic:

La persona sol·licitant presta mesures de suport a la persona amb discapacitat i exerceix: ☐ Curatela, ☐ Tutela, ☐ Guarda de fet, ☐ Uns altres (Especifiqui quin):

DADES DE L'ALTRA PERSONA QUE ÉS TITULAR DE LA PÀTRIA POTESTAT O TUTELA

Primer cognom	Segon cognom	Nom	NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)

Règim de Seguretat Social:	Núm. afiliació a Règim Seg. Soc.

2 DADES DE LA PERSONA AMB DISCAPACITAT/CAUSANT *(marqueu amb X les caselles corresponents)*

Primer cognom	Segon cognom	Nom	Data naixement	NIF/Pasaporte/DI (UE)
			__ __/ __ __/ __ __ __	

1 ☐ És fill/a de la persona sol·licitant.

2 ☐ És menor acollit/acolliment per la persona sol·licitant (aportar Decisió Judicial d'Acolliment).

3 ☐ És persona beneficiària amb document assimilat al d'afiliació, en ser orfe o òrfena de mutualista.

En cas que el seu grau de discapacitat sigui igual o superior al 75%: ☐ Sí ☐ No necessita ajuda 3a persona.

(En cas afirmatiu ha d'aportar la Resolució de Discapacitat en la qual s'esmenti expressament o la Resolució del Reconeixement del grau de Dependència).

4 ☐ Exerceix activitat lucrativa laboral per compte: ☐ Propi ☐ Aliè

Els rendiments nets que obté per aquest concepte, considerats en còmput anual, ☐ Sí ☐ No superen el 100 per cent del salari mínim interprofessional vigent, considerat també en còmput anual.

5 ☐ Percep pensió per ☐ jubilació, ☐ invalidesa, ☐ vidüitat o ☐ orfenesa

6 Conviu amb la persona sol·licitant ☐ Sí ☐ No

Si no conviu, especifiqui motiu:

EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA

3 DOCUMENTS NECESSARIS PER A LA TRAMITACIÓ

Sempre l'assenyalat amb ☒; a més, segons el que sigui procedent en cada cas, el/s assenyalat/s amb ☐, marcant-los amb X.

(Poden presentar-se fotocòpies compulsades o originals, acompanyats de fotocòpia, perquè MUFACE els compulsi)

A ☒ Resolució de reconeixement del grau de discapacitat i dictamen tècnic-facultatiu vigent, expedits pels òrgans de l'IMSERSO o de les Comunitats Autònomes i Diputacions Forals, amb competències en aquesta matèria. També es podrà acreditar la necessitat de tercera persona mitjançant l'aplicació del barem de valoració de la situació de dependència (BVD).

B ☐ Si l'altra persona titular de la pàtria potestat està afiliada a MUGEJU, certificat que acrediti que no percep aquesta prestació a través de MUGEJU.

Es comprovarà a través de l'accés al Registre de Prestacions Socials Públiques que no es percep aquesta prestació a través d'un altre Règim Públic de la Seguretat Social.

C ☐ Si la persona causant té 16 o més anys d'edat, s'haurà d'acreditar la seva situació quant a la seva possible afiliació a algun Règim Públic de Seguretat Social. Per a això, haurà d'autoritzar a *MUFACE perquè realitzi una consulta telemàtica sobre aquest tema, per al que **la persona causant subscriu aquesta autorització**:

……..

(signatura de la persona causant o del seu representant legal)

D ☐ Si la persona causant necessita mesures de suport per a l'exercici de la seva capacitat jurídica, document que acrediti que la persona sol·licitant és qui exerceix aquestes mesures (en cas de tutela i *curatela, nomenament i acceptació del càrrec).

E ☐ En cas que la persona causant exerceixi activitat laboral:

- ☐ **- Fotocòpia compulsada del contracte de treball complet i vigent, on hi consti la raó social de l'empresa així com, si escau, les pròrrogues.**
- ☐ **- Fotocòpia compulsada de les tres últimes nòmines de que disposi, que son necessàries per a valorar el compliment dels requisits. En cas de no aportar-les juntament amb la sol·licitud, s'han d'aportar el més aviat possible.**
- ☐ **- En cas de treballadors/as per compte propi que no disposin de nòmines, hauran de presentar documentació acreditativa dels ingressos que perceben per la seva activitat laboral.**

F ☐ Si es percebia alguna pensió, prestació o subsidi incompatible: document que acrediti que s'ha donat de baixa aquesta prestació incompatible, indicant els efectes de la baixa.

G ☐ Si la persona causant és una persona menor en règim d'acolliment familiar, tant de caràcter permanent com preadoptiu: decisió administrativa o judicial d'acolliment.

EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA

4 FORMA DE PAGAMENT

TRANSFERÈNCIA BANCÀRIA

IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC	Número de compte/llibreta

5 DADES DE NOTIFICACIÓ *(veieu instruccions)*

Carrer, plaça i número	
Codi postal	Localitat
Província	País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

1.- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud **són certes i completes.**

2.- Cap de les persones progenitores, adoptants o acollidores percep ni ha sol·licitat prestació pel mateix fet ni pel mateix causant en cap altre règim públic de Seguretat Social.

3.- Conec que aquesta prestació és incompatible amb la pensió no contributiva d'invalidesa o de jubilació, així com amb la pensió assistencial regulada en la Llei 45/1960, de 21 de juliol, i amb els subsidis de garantia d'ingressos mínims i d'ajuda per tercera persona establerts en la Llei 13/1982, de 7 d'abril. Per la qual cosa, manifesto, respecte dels dos progenitors, adoptants o acollidors, que:

- ☐ No percebem cap quantia per aquests conceptes.
- ☐ Percebem alguna pensió o prestació, però hem manifestat la nostra opció a favor de la prestació de MUFACE.
- ☐ Percebem algun subsidi, però hem manifestat la nostra renúncia.

4.- Conec que estic obligat/obligada a comunicar immediatament a MUFACE qualsevol variació que incideixi en els requisits de la prestació.

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

DPS-21001.2 (03/24)

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 Garantía dels Drets Digitals,** us informem que les dades de carácter 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 la persona titular del Departament de Prestacions Socials.
Més información: http://www.muface.es/protecciondedatos - Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat.

INSTRUCCIONS GENERALS

* No escriviu en els espais ombrejats amb trama.

* Escriviu sempre en lletres majúscules.

INSTRUCCIONS PER ALS EPÍGRAFS INDICATS

1.- Dades de la persona sol·licitant perceptora.

- En el cas que la persona sol·licitant sigui la mateixa persona amb discapacitat, en l'espai "Relació amb la persona causant" indiqueu "la mateixa persona". Si no és així, assenyaleu el parentiu o, si escau, la paraula "representant".
  Aquesta situació es produirà quan la persona amb discapacitat tingui 18 o més anys, no hagi sigut incapacitada judicialment i conservi la seva capacitat d'obrar.

- En qualsevol supòsit, s'ha d'indicar el domicili actual de la persona sol·licitant.

- **Dades de l'altra persona que és titular de la pàtria potestat o tutela (si escau):**
  En el requadre "Règim de Seguretat Social" s'ha d'indicar el que correspongui a aquesta persona, qualsevol que sigui el Règim públic de Seguretat Social al que estigui afiliada (En cas de no existir aquesta persona, indiqueu i justifiqueu la causa).

2.- Dades de la persona amb discapacitat causant.

- Les caselles que marqueu i les dades que transcriviu han de reflectir adequadament la situació de la persona causant respecte a:
  - La persona mutualista o la persona titular de document assimilat al d'afiliació, de MUFACE.
  - La seva pertinença o no al col·lectiu de MUFACE.
  - La realització o no d'una activitat laboral lucrativa, la percepció d'alguna pensió contributiva i la seva possible afiliació obligatòria al respectiu Règim de Seguretat Social.

5.- Dades de notificació.

- Només s'emplenarà si es vol que les notificacions es rebin en un domicili diferent de l'assenyalat pel sol·licitant en l'epígraf 1.

INFORMACIÓ SOBRE LA PRESTACIÓ

La prestació per fill, filla o menor en acolliment a càrrec amb discapacitat consisteix en una assignació econòmica, la quantia de la qual, fixada per Llei, s'actualitza,en general, per les lleis anuals de Pressupostos Generals de l'Estat, i que varia, en principi, en funció que la persona causant amb discapacitat sigui menor o major de 18 anys. En el primer cas, s'exigeix una discapacitat en grau igual o superior al 33 per cent i la quantia es única; en el segon, és necessari que la discapacitat sigui en grau igual o superior al 65 per cent i la quantia també és única, llevat que assoleixi el 75 per cent i, a més, la persona causant amb discapacitat necessiti el concurs d'altra persona per a realitzar els actes més essencials de la vida, supòsit en el qual l'assignació és superior.

Poden causar també la prestació els/les fills/filles o menors acollits/acollides amb discapacitat, que estiguin a càrrec d'una persona mutualista o titular de document assimilat al d'afiliació i convisquin amb aquest persona i que, encara que es trobin en les situacions de discapacitat assenyalades en el paràgraf anterior, realitzin una activitat laboral lucrativa, sempre que els ingressos que percebin per aquest concepte, en còmput anual, no superin el 100 per cent del salari mínim interprofessional vigent, també en còmput anual. Realitzar una activitat laboral o percebre rendes assimilades al salari (atur, renda activa d'inserció...) é la única excepció que s'admet per a justificar que la persona amb discapacitat, de baixa en el col·lectiu de MUFACE, tingui dret a la prestació de Fill, filla o menor a càrrec amb discapacitat.

Amb caràcter general, les altes, reposicions i variacions que suposin un augment en la quantia de la prestació produeixen efecte en el trimestre natural immediatament següent a aquell en què es presenta la sol·licitud juntament amb el document del reconeixement del grau de discapacitat o, en el seu defecte, document acreditatiu d'haver sol·licitat el reconeixement, si escau, En els casos en què les variacions suposin una reducció o extinció de la prestació els efectes seran del darrer dia del trimestre natural en que s'hagi produït la variació, sense tenir en consideració la seva data de comunicació. Si la variació es deguda al compliment dels 18 anys, la modificació de la quantia es realitzarà d'ofici, sempre que obri prèviament a MUFACE la documentació que acrediti el dret a aquesta modificació.
A partir de la data d'efectes, l'assignació s'abona per MUFACE, mensualment, incloent en el primer pagament els endarreriments, si n'hi hagués.

La persona sol·licitant perceptora de la prestació està obligada a comunicar a MUFACE, amb caràcter immediat, qualsevol variació s circumstàncies declarades en aquesta sol·licitud, que puguin afectar als requisits de la prestació.

No obstant això, MUFACE sol·licitarà anualment l'actualització de les dades que acreditin la persistència dels requisits necessaris per al manteniment del dret a percebre la prestació.

Qualsevol abonament efectuat indegudament durant un període en que no es reuneixin els requisits necessaris, donarà lloc a l'oportú reintegrament de percepcions indegudes.