

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

SOLICITUDE DE SUBSIDIO DE XUBILACIÓN

1	MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Domicilio: Rúa ou praza e número	
	Código postal	Localidade	Provincia	Teléfono
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitud, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	REQUISITOS PARA A PRESTACIÓN (Marque cunha cruz "X" as cuadrículas correspondentes)		
	XUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Forzosa por idade	<input type="checkbox"/> Por incapacidade permanente para o servicio
3	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Servicio activo	<input type="checkbox"/> Servicios en CC.AA.
		<input type="checkbox"/> Servicios especiais	<input type="checkbox"/> Expectativa de destino
		<input type="checkbox"/> Excedencia forzosa	<input type="checkbox"/> Excedencia por coidado de familiares

3	DATOS PARA O IMPORTE DO SUBSIDIO	
	Anote os importes íntegros que lle correspondan ao mes da súa xubilación (sen as pagas extraordinarias nin os atrasos).	Data de xubilación: ___/___/_____
	- Soldo...../mes	Outra/s axuda/s recibidas ou solicitadas por este mesmo feito causante, dispensadas ou financiadas con fondos públicos
	- Trienios...../mes	
	- Grao (de supoñer retribución)/mes	
TOTAL (A)/mes	TOTAL (B)	

O importe íntegro do subsidio será igual ao total (A) multiplicado polo coeficiente "2". Deste resultado restarase o total (B).

4	DOCUMENTOS QUE HAI QUE ACHEGAR
	<p>Sempre os sinalados con <input checked="" type="checkbox"/>. Se é o caso, o sinalado con <input type="checkbox"/>, márkueo cunha cruz "X".</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia compulsada da resolución na que se acorde a xubilación.</p> <p><input type="checkbox"/> Se na resolución indicada non figura a situación administrativa, certificación da unidade de persoal correspondente que acredite a dita situación na data de xubilación.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Certificación da Unidade Pagadora na que consten as retribucións básicas íntegras que lle correspondan ao mes no que se produza a xubilación (si nese mes o/a mutualista non estuviere percibindo as retribucións básicas conforme ao Corpo, Escala ou praza na que se xubile, certificación da Unidade de Persoal competente que acredite as que lle correspondesen, de estar en servicio activo, no mes da xubilación).</p>

5	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.	Número de conta/ libreta

6	DATOS DA NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)	
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio <input type="checkbox"/>
	Rúa, praza e número	
	Código postal	Localidade
	Provincia	País

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Todos os datos anotados nesta solicitude son certos e completos.
- O compromiso de comunicarlle a MUFACE calquera cambio que incida na concesión do subsidio.
- Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente os datos de identidade e residencia a través da Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015 de 1 de outubro), sen prexuízo de poder revogar a miña autorización en calquera momento mediante escrito dirixido a MUFACE

(Lugar, data e signatura do/a solicitante, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a. Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

EXEMPLAR PARA MUFACE

DPS-32001.1 (06/19)

DILIXENCIA

Cubrírse soamente se a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por faltarlle ao/á mutualista as condicións de afiliación ou de alta precisas para causar a prestación, ou se existe discrepancia entre o ficheiro automatizado e a documentación achegada en canto á súa situación administrativa.

Comprobáronse os datos do/a mutualista ao/á que se refire a presente solicitude e na data do feito causante:

- Reunía as condicións de afiliación e de alta precisas para a prestación.
- Non reunía as condicións de afiliación ou de alta precisas para a prestación, por
- A súa situación administrativa
- é
- unha das que posibilitan o dereito á prestación.
- non é

, de de
O/A XEFE/A DE COLECTIVOS,

INFORME

Soamente se utilizará e se subscribirá se o/a mutualista que causa o subsidio de xubilación falecese antes de concluír a tramitación ou antes de aboar a prestación.

Data de falecemento do/a mutualista que causa o subsidio de xubilación, segundo a documentación que xunta --/--/----

A/s persoa/s que instou/instaron a conclusión do procedemento ou a realización do aboamento

- Si
acredita/n a súa condición de herdeiro/s do/a mutualista causante..
- Non

, de de
O/A XEFE DE PRESTACIÓNS

PROPOSTA DE RESOLUCIÓN

Propónse a seguinte resolución:

Logo de ver a presente solicitude, os informes emitidos, a documentación achegada e os antecedentes oportunos, así como a normativa aplicable, acórdase:

- A APROBACIÓN, por reunir os requisitos esixibles e concédeselle a cantidade de
en concepto de subsidio de xubilación.*

- A DENEGACIÓN, por

, de de
O/A XEFE DE PRESTACIÓNS,

*Indícase que, no caso de que se produza algunha variación na condición de xubilado do mutualista, procedería a revisión deste acordo e o posible reintegro da cantidade aprobada no mesmo, en base ao disposto no artigo 55 do RXMA, sen perxuízo de que no momento posterior se volve a cumprir os requisitos puidera volver a solicitala nos términos que correspondan.

CONFORME:

Notifíqueselle e, se é o caso, dispónase o pagamento sen máis trámites.

, de de
O/A

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

SOLICITUDE DE SUBSIDIO DE XUBILACIÓN

1	MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Domicilio: Rúa ou praza e número	
	Código postal	Localidade	Provincia	Teléfono
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitud, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	REQUISITOS PARA A PRESTACIÓN (Marque cunha cruz "X" as cuadrículas correspondentes)			
	XUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Forzosa por idade	<input type="checkbox"/> Por incapacidade permanente para o servicio	
3	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Servicio activo	<input type="checkbox"/> Servicios en CC.AA.	<input type="checkbox"/> Excedencia forzosa
		<input type="checkbox"/> Servicios especiais	<input type="checkbox"/> Expectativa de destino	<input type="checkbox"/> Excedencia por coidado de familiares

3	DATOS PARA O IMPORTE DO SUBSIDIO	
	Anote os importes íntegros que lle correspondan ao mes da súa xubilación (sen as pagas extraordinarias nin os atrasos).	Data de xubilación: ___/___/_____
	- Soldo...../mes	Outra/s axuda/s recibidas ou solicitadas por este mesmo feito causante, dispensadas ou financiadas con fondos públicos
	- Trienios...../mes	
	- Grao (de supoñer retribución)/mes	Organismo pagador
TOTAL (A)/mes	TOTAL (B)	

O importe íntegro do subsidio será igual ao total (A) multiplicado polo coeficiente "2". Deste resultado restarase o total (B).

4	DOCUMENTOS QUE HAI QUE ACHEGAR	
	Sempre os sinalados con <input checked="" type="checkbox"/> . Se é o caso, o sinalado con <input type="checkbox"/> , márkueo cunha cruz "X".	
	<input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia compulsada da resolución na que se acorde a xubilación.	
	<input type="checkbox"/> Se na resolución indicada non figura a situación administrativa, certificación da unidade de persoal correspondente que acredite a dita situación na data de xubilación.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificación da Unidade Pagadora na que consten as retribucións básicas íntegras que lle correspondan ao mes no que se produza a xubilación (si nese mes o/a mutualista non estuviere percibindo as retribucións básicas conforme ao Corpo, Escala ou praza na que se xubile, certificación da Unidade de Persoal competente que acredite as que lle correspondesen, de estar en servicio activo, no mes da xubilación).	

5	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.	Número de conta/ libreta

6	DATOS DA NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)	
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio <input type="checkbox"/>
	Rúa, praza e número	
	Código postal	Localidade
	Provincia	País

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Todos os datos anotados nesta solicitude son certos e completos.
- O compromiso de comunicarlle a MUFACE calquera cambio que incida na concesión do subsidio.
- Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente os datos de identidade e residencia a través da Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015 de 1 de outubro), sen prexuízo de poder revogar a miña autorización en calquera momento mediante escrito dirixido a MUFACE
(Lugar, data e signatura do/a solicitante, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a. Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

EXEMPLAR PARA O INTERESADO

DPS-32001.2 (06/19)