



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO EXPEDIENTE	
	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS CELÍACOS

1	DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad	Provincia
	País		Teléfono	Fecha de nacimiento __/__/____	NIF/Pasaporte/Documento identidad (UE)
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

2	DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento del beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")	

3	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				4	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)			
	IBAN Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta					Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
						Calle/Plaza y número			
						Código postal	Localidad		
				Provincia		País			

<p>AUTORIZO A MUFACE (1): a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes (Ver instrucciones)</p> <p>1.- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.</p> <p>2.- A recabar electrónicamente los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015 de 1 de octubre).</p> <p>Todo ello sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.</p> <p><i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art.5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)</i></p>	<p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</p> <p>1.- Los ingresos de mi unidad de convivencia no son superiores a cuatro veces el IPREM.</p> <p>2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.</p> <p>3.- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.</p> <p>4.- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.</p> <p><i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)</i></p>
---	--

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

5

DOCUMENTACIÓN APORTADA

Siempre, las señaladas con . En su caso, las señaladas con , marcándolas con "X".

- Informe de médico concertado, Licenciado/a o Doctor en Medicina o Cirugía o especialista que acredite la enfermedad celíaca padecida por el beneficiario, con fecha de diagnóstico inicial de la misma y con indicación expresa de las pruebas realizadas (salvo en el caso de haberlo aportado en anteriores convocatorias).
- Otra documentación.....

DPS 34601.1 (05/21) EJEMPLAR PARA MUFACE

DILIGENCIA

Sólo se rellenará cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el titular o, en su caso, en el beneficiario, las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se ha comprobado que los datos del titular y, en su caso, del beneficiario de la presente solicitud:

- Reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación.
- No reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación, por.....

, a de de
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVO,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

"Vistos la presente solicitud, los antecedentes, la documentación aportada y el informe médico así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles de la ayuda solicitada para enfermos celíacos,
por importe máximo de _____ euros/año, o (en caso de prorrata) de _____ euros/día x _____ nº de días
_____ euros.

LA DENEGACIÓN, por

, a de de
EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

PAGO, EN SU CASO, CONFORME:

Notifíquese, y sólo en caso de aportar justificantes, dispóngase el pago.

, a de de
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Fdo.:

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO EXPEDIENTE	

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS CELÍACOS

1	DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad	Provincia
	País		Teléfono	Fecha de nacimiento __/__/____	NIF/Pasaporte/Documento identidad (UE)
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

2	DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento del beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")	

3	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				4	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.		Número de cuenta/libreta	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>
					Calle/Plaza y número				
					Código postal		Localidad		
					Provincia			País	

<p>AUTORIZO A MUFACE (1): a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes (Ver instrucciones)</p> <p>1.- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.</p> <p>2.- A recabar electrónicamente los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015 de 1 de octubre).</p> <p>Todo ello sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.</p> <p><i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art.5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)</i></p>	<p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</p> <p>1.- Los ingresos de mi unidad de convivencia no son superiores a cuatro veces el IPREM.</p> <p>2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.</p> <p>3.- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.</p> <p>4.- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.</p> <p><i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)</i></p>
---	--

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

5

DOCUMENTACIÓN APORTADA

Siempre, las señaladas con . En su caso, las señaladas con , marcándolas con "X".

- Informe de médico concertado, Licenciado/a o Doctor en Medicina o Cirugía o especialista que acredite la enfermedad celíaca padecida por el beneficiario, con fecha de diagnóstico inicial de la misma y con indicación expresa de las pruebas realizadas (salvo en el caso de haberlo aportado en anteriores convocatorias).
- Otra documentación.....

DPS 34601.2 (05/21) EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

Este resumen le servirá para rellenar la solicitud, no obstante, recuerde que todo el contenido de estas prestaciones viene explicado en la resolución de convocatoria.

No escriba en los espacios sombreados

- 1. DATOS DEL TITULAR SOLICITANTE:** Consigne todos los datos solicitados, referidos al Titular del documento de afiliación.
- 2. DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN:**
 - Si el beneficiario de la prestación es el propio Titular, consigne: “El mismo”.
 - Si el beneficiario de la prestación no es el Titular, consigne sus datos, indicando expresamente el número de orden en que aparece en el documento de afiliación.
- 3. DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA:** es imprescindible consignar los códigos numéricos de la entidad bancaria y sucursal, dígitos de control (D.C.) y cuenta corriente o libreta de ahorros.
- 4. DATOS DE NOTIFICACIÓN:** si lo desea puede indicar el medio o medios preferentes por los que solicita se le practique la notificación, así como un domicilio alternativo a efectos de notificaciones.
- 5. DOCUMENTACIÓN:** los datos aportados estarán referidos al beneficiario de la prestación.
DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LOS REQUISITOS: Junto con la solicitud debe aportarse:
 - Informe de médico concertado, Licenciado/a o Doctor en Medicina y Cirugía o especialista que acredite la enfermedad celíaca padecida por el beneficiario con fecha de diagnóstico inicial de la misma con indicación expresa de las pruebas realizadas (modelo DPS-34602), excepto en el caso de haberlo aportado en anteriores convocatorias.