

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
(Ayudas de protección sociosanitaria)

(Nombre y apellidos):.....  
N.I.F.:....., en mi nombre o en representación <sup>(1)</sup> de (nombre y apellidos).....  
Nº de afiliación a MUFACE ..... , N.I.F: .....

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad que,

1º.- En relación con la solicitud a MUFACE, de **ayuda para la atención a enfermos psiquiátricos crónicos** para D./ D<sup>a</sup>.: ..... con D.N.I. nº....., incluida en el programa del epígrafe 4, objeto de la Resolución del 5 de mayo de 2021, por la que se convoca la concesión de ayudas de protección sociosanitaria durante el año 2021, y en relación con los epígrafes 4.1 y 4.3 de dicha Resolución, cumplo con los siguientes requisitos (marque con una  lo que corresponda):

A.- No tengo derecho a asistencia sanitaria para esta contingencia.

B.- No tengo cubierta la prestación por otras vías, ni percibo ayudas por el mismo concepto por parte de otros organismos públicos o privados.

2º.- Otras circunstancias que se consideran de interés para la solicitud de esta ayuda son las que se especifican a continuación:

.....  
.....

3º.- Todos los datos consignados son ciertos y completos. Conozco las posibles consecuencias negativas que se derivarían de la falsedad de mis declaraciones, consecuencias que se encuentran descritas en la Resolución de convocatoria y en la restante normativa aplicable.

Y para que así conste, a efectos de mi solicitud de ayuda de MUFACE, firmo la presente declaración en.....a.....de.....de.....

Fdo.:

(1) La representación deberá estar debidamente acreditada conforme al artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP.