

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

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS ONCOLÓGICOS

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------------------------|-----------|
| 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/DocumentoIdentidad (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 de beneficiario | Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo") | NIF/Pasaporte/DocumentoIdentidad (UE) |

| | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 3 | AYUDA SOLICITADA | | 4 | DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA | | | | |
| | MODALIDADES (señale con "X" la/s que solicita) 3.1 <input type="checkbox"/> Prótesis capilar. 3.2 <input type="checkbox"/> Sujetador/es postmastectomía y otros de análoga naturaleza. | | | IBAN Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta | | | | |
| 5 | DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente) | | | | | | | |
| | Domicilio: | | Particular <input type="checkbox"/> | | Laboral <input type="checkbox"/> | | Otro domicilio <input type="checkbox"/> | |
| | Calle, plaza y número | | | | | | | |
| | Código Postal | | | Localidad | | | | |
| Provincia | | | | País | | | | |

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- 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.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.
- AUTORIZO** a MUFACE 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), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.

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)

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6 | DOCUMENTACIÓN APORTADA | |
| | <i>Siempre, los señalados con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con "X".</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informe médico del facultativo que acredite la enfermedad oncológica padecida por el beneficiario y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de la ayuda (3.1 y 3.2 de la solicitud). | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable. | | |
| <input type="checkbox"/> Otra documentación: (en su caso, justificativa a efectos de pago) | | |

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

DILIGENCIA

Sólo se rellenará 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 oncológicos,

por importe máximo de _____ euros/año (Prótesis capilar).

por importe máximo de _____ euros/año (Sujetador/es postmastectomía).

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

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS ONCOLÓGICOS

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------------------------|-----------|
| 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/Documentoidentidad (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 de beneficiario | Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo") | NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE) |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|--|
| 3 | AYUDA SOLICITADA | | 4 | DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA | | | | | |
| | MODALIDADES (señale con "X" la/s que solicita) | | | IBAN | Entidad bancaria | Sucursal | D.C. | Número de cuenta/libreta | |
| <p>3.1 <input type="checkbox"/> Prótesis capilar.</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> Sujetador/es postmastectomía y otros de análoga naturaleza.</p> | | 5 | | DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente) | | | | | |
| | | | | Domicilio: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/> | | | Calle, plaza y número | | |
| | | | | Código Postal | | Localidad | | | |
| | | Provincia | | | País | | | | |

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- 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.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.
- AUTORIZO** a MUFACE 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), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.

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)

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6 | DOCUMENTACIÓN APORTADA | |
| | <i>Siempre, los señalados con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con "X".</i> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informe médico del facultativo que acredite la enfermedad oncológica padecida por el beneficiario y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de la ayuda (3.1 y 3.2 de la solicitud). | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable. | | |
| <input type="checkbox"/> Otra documentación: (en su caso, justificativa a efectos de pago) | | |

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

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS PARA ENFERMOS ONCOLÓGICOS (DPS – 34701)

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 con trama.

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. AYUDA SOLICITADA: MODALIDADES.

- En el impreso deberá marcar la/s modalidad/es de ayuda/s solicitada/s, según lo dispuesto en la resolución de convocatoria.

4. 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.

5. 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.

6. DOCUMENTACIÓN.

Los datos aportados estarán referidos al beneficiario de la prestación.

a) DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LOS REQUISITOS: Junto con la solicitud debe aportarse:

- Informe médico que acredite la enfermedad oncológica y la necesidad de las adquisiciones y adaptaciones objeto de esta ayuda (modelo DPS-34702).
- Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable (modelo DPS-34916).
- Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.