



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

SOL·LICITUD D'AJUTS PER A PERSONES AMB MALALTIA ONCOLÒGICA

1	DADES DEL/DE LA TITULAR SOL·LICITANT				
	Número de afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom	
	Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat	Provincia
	País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/DocumentIdentitat (UE)	
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____				

2	DADES DEL/DE LA BENEFICIARI/A DE LA PRESTACIÓ		
	Número d'ordre en el document de beneficiaris/beneficiàries	Cognoms i nom (si fos el/la mateix/mateixa titular, indiqueu "el/la mateix/mateixa")	NIF/Passaport/DocumentIdentitat (UE)

3	AJUT SOL·LICITAT	4	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA			
	MODALITATS (assenyaleu amb "X" la que sol·liciteu)		IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC
	3.1 <input type="checkbox"/> Pròtesis capil·lar, gorra, mocador o turbant oncològic.	5	DADES DE NOTIFICACIÓ (a emplenar voluntàriament)			
	3.2 <input type="checkbox"/> Sostenidor postmastectomia, postumorectomia o altres d'anàloga naturalesa		Domicili: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Altre domicili <input type="checkbox"/>	Carrer, plaça i número		
			Codi Postal	Localitat		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 LA SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementària que em demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajut o en les seves incompatibilitats.
- Conec el regime de incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit en la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura del/de la sol·licitant, o representant, degudament acreditat/acreditada (art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre).

6	DOCUMENTACIÓ APORTADA	
	<i>Sempre, els assenyalats amb <input checked="" type="checkbox"/>. Si s'escau, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/>, l'heu de marcar amb "X".</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe mèdic del personal facultatiu que acrediti la malaltia oncològica soferta pel/per la beneficiari/beneficiària i la necessitat de les adquisicions i adaptacions objecte de l'ajut (3.1, 3.2 de la sol·licitud).	
<input checked="" type="checkbox"/>	Factures originals, o fotocòpies compulsades o rebudes telemàticament.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Certificació Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable.	
<input type="checkbox"/>	Altres documentació: (si escau, justificativa a efectes de pagament)	

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 Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter 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 el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: <http://www.muface.es/protecciondedatos>. [Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#).

DILIGÈNCIA

Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada per manca en el/la titular o, si s'escau, en el/la beneficiari/beneficiària, les condicions d'afiliació precises per a tenir dret a la prestació.

S'ha comprovat que les dades del/de la titular i, si s'escau, del/de la beneficiari/beneficiària d'aquesta sol·licitud:

reunia/en les condicions d'afiliació i alta precises per a la prestació.

no reunia/en les condicions d'afiliació i alta precises per a la prestació, per

_____, d _____ de
EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,

PROPOSTA DE RESOLUCIÓ

Es proposa la resolució següent:

"Vistos aquesta sol·licitud, els antecedents, la documentació aportada i l'informe mèdic així com la normativa aplicable, acordo:

APROVAR-LA, per reunir els requisits exigibles de l'ajut sol·licitat per a persones amb malaltia oncològica.

per import màxim de _____ euros/any (Pròtesi capil·lar, gorra, mocador o turbant oncològic).

per import màxim de _____ euros/any (Subjetador/s postmastectomia, postumorectomia o altres d'anàloga naturalesa).

DENEGAR-LA, per

_____, d _____ de
EL/LA CAP DE PRESTACIONS,

PAGUEU, SI ESCAU, CONFORME:

Notifiqueu-la, i només en cas d'aportar justificants, disposeu el pagament.

_____, d _____ de
PER DELEGACIÓ DE LA DIRECCIÓ GENERAL DE MUFACE
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Signat:



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

SOL·LICITUD D'AJUTS PER A PERSONES AMB MALALTIA ONCOLÒGICA

1	DADES DEL/DE LA TITULAR SOL·LICITANT				
	Número de afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom	
	Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat	Provincia
	País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/DocumentIdentitat (UE)	
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____				

2	DADES DEL/DE LA BENEFICIARI/A DE LA PRESTACIÓ		
	Número d'ordre en el document de beneficiaris/beneficiàries	Cognoms i nom (si fos el/la mateix/mateixa titular, indiqueu "el/la mateix/mateixa")	NIF/Passaport/DocumentIdentitat (UE)

3	AJUT SOL·LICITAT	4	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA			
	MODALITATS (assenyaleu amb "X" la que sol·liciteu)		IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC
	3.1 <input type="checkbox"/> Pròtesis capil·lar, gorra, mocador o turbant oncològic./	5	DADES DE NOTIFICACIÓ (a emplenar voluntàriament)			
	3.2 <input type="checkbox"/> Sostenedor postmastectomia <input type="checkbox"/> Postumorectomia o altres d'analoga naturalesa		Domicili: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Altre domicili <input type="checkbox"/>	Carrer, plaça i número		
			Codi Postal	Localitat		
			Provincia		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 LA SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementària que em demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajut o en les seves incompatibilitats.
- Conec el regime de incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit en la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura del/de la sol·licitant, o representant, degudament acreditat/acreditada (art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre)

6	DOCUMENTACIÓ APORTADA
	<i>Sempre, els assenyalats amb <input checked="" type="checkbox"/>. Si s'escau, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/>, l'heu de marcar amb "X".</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe mèdic del personal facultatiu que acrediti la malaltia oncològica soferta pel/per la beneficiari/beneficiària i la necessitat de les adquisicions i adaptacions objecte de l'ajut (3.1, 3.2 de la sol·licitud).
	<input checked="" type="checkbox"/> Factures originals, o fotocòpies compulsades o rebudes telemàticament.
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificació Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable.
	<input type="checkbox"/> Altre documentació: _____ (si escau, justificativa a efectes de pagament)

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 Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter 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 el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: \ ltd.#k k k 'a i ZJW'Yg#fchVWjcbXYUcg''''8 Y Y U#XUY DfchVWjg 'XY8 UXYg'XY'UA i hi UJLH'