



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA

SOLICITUD DE AYUDA DE SEPELIO

1 DATOS DEL SOLICITANTE

Número de afiliación a MUFACE o Seg. Social	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio: Calle o Plaza y número	Código postal	Localidad	Provincia
País	Teléfono	Fecha de nacimiento	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)

Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____ @ _____

2 INFORMACIÓN SOBRE EL CAUSANTE

1º Apellido	2º Apellido	Nombre	NIF	Fecha fallecimiento
-------------	-------------	--------	-----	---------------------

Marque con "X" el supuesto de que se trate

- a) Beneficiario del titular
- b) Titular de documento asimilado al de afiliación
- c) Hijo/a fallecido/a antes de haber transcurrido un mes desde su nacimiento y que cumplía los requisitos para ser beneficiario del titular
- d) Feto que haya permanecido en el seno materno al menos 180 días

3 DOCUMENTACIÓN

Señale con "X" los documentos que Vd. aporta

- Documento de Beneficiarios del Mutualismo Administrativo o documento asimilado al de afiliación, según proceda, para su actualización.
- Certificado médico oficial del fallecimiento del beneficiario o fotocopia del Libro de Familia en el que conste dicho fallecimiento, o certificación del Registro Civil acreditativa de la defunción.
- Certificado médico oficial en el que conste la fecha de interrupción del embarazo y el tiempo de gestación (sólo para el supuesto 2.d)
- Documento acreditativo de los gastos originados (sólo para el supuesto 2.d)
- Otros documentos

4 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

Todos los datos consignados son ciertos y completos.

Y 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 del PAC de las AAPP)

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente)

Domicilio: Particular Laboral Otro domicilio
Calle, plaza y número

Código postal Localidad

Provincia País

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 cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por no poder comprobar en el solicitante o en el causante las condiciones de afiliación o alta.

Se han comprobado los datos del solicitante y del causante a los que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante

- ambos reunían las condiciones de afiliación y/o alta precisas para la prestación.
- el solicitante reunía las condiciones de afiliación y/o alta y el causante cumplía los requisitos del epígrafe 2.1.c) de la Instrucción SE-1/2000, modificado por la Instrucción SE-1.1/2003.
- el solicitante reunía las condiciones de afiliación y/o alta y el causante cumplía los requisitos del epígrafe 2.1.d) de la Instrucción SE-1/2000, modificada por la Instrucción SE-1.1/2003.
- el solicitante no reunía las condiciones de afiliación o alta que fueran precisas en el supuesto de que se trata.
- el causante no reunía las condiciones de afiliación ni cumplía los requisitos de los epígrafes 2.1.c) o d) de la Instrucción SE-1/2000, modificada por la Instrucción SE-1.1/2003.
- otras circunstancias (especificar):

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

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

"Vista la presente solicitud, los informes emitidos, la documentación aportada y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

SU APROBACIÓN por reunir los requisitos exigibles concediendo la cantidad de

EUROS

en concepto de Ayuda de Sepelio, cuyo pago puede realizarse sin más trámites.

SU DENEGACIÓN, por

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

CONFORME

Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites.

, a de de

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

SOLICITUD DE AYUDA DE SEPELIO

1	DATOS DEL SOLICITANTE			
	Número de afiliación a MUFACE o Seg. Social	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: Calle o Plaza y número	Código postal	Localidad	Provincia
	País	Teléfono	Fecha de nacimiento	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____ @ _____				

2	INFORMACIÓN SOBRE EL CAUSANTE			
	1º Apellido	2º Apellido	Nombre	NIF
	Fecha fallecimiento			
<i>Marque con "X" el supuesto de que se trate</i>				
<input type="checkbox"/> a) Beneficiario del titular <input type="checkbox"/> b) Titular de documento asimilado al de afiliación <input type="checkbox"/> c) Hijo/a fallecido/a antes de haber transcurrido un mes desde su nacimiento y que cumplía los requisitos para ser beneficiario del titular <input type="checkbox"/> d) Feto que haya permanecido en el seno materno al menos 180 días				

3	DOCUMENTACIÓN			
	<i>Señale con "X" los documentos que Vd. aporta</i>			
<input type="checkbox"/> Documento de Beneficiarios del Mutualismo Administrativo o documento asimilado al de afiliación, según proceda, para su actualización. <input type="checkbox"/> Certificado médico oficial del fallecimiento del beneficiario o fotocopia del Libro de Familia en el que conste dicho fallecimiento, o certificación del Registro Civil acreditativa de la defunción. <input type="checkbox"/> Certificado médico oficial en el que conste la fecha de interrupción del embarazo y el tiempo de gestación (sólo para el supuesto 2.d) <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de los gastos originados (sólo para el supuesto 2.d) <input type="checkbox"/> Otros documentos				

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C. Número de cuenta/libreta

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

Todos los datos consignados **son ciertos y completos.**

Y 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 del PAC de las AAPP)

5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>
	Calle, plaza y número			
	Código postal	Localidad		
Provincia		País		

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