

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	

SOLICITUDE DE AXUDAS PARA PERSOAS CON ENFERMIDADE CELÍACA

1	DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento / /	NIF/Pasaporte/Documento Identidade(UE)
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	DATOS DA PERSOA BENEFICIARIA DA PRESTACIÓN		
	Número de orde no documento da persoa beneficiaria	Apelidos e nome (de ser a propia persoa Titular, indíquese "o/a mesmo/a")	NIF/Pasaporte/Documento Identidade (UE)

3	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				4	DATOS PARA A NOTIFICACIÓN (A cumprir voluntariamente)			
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.		Número de conta/cartilla	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral
					Rúa ou praza e número				
					Código postal		Localidade		
					Provincia			País	

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:

- 1.- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.
- 2.- Comprométo a facilitar a MUFACE a documentación complementaria que me solicite a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta
- 3.- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se atopa descrito na resolución dá convocatoria.

Lugar, data e sinatura do/a solicitante ou do/a seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015, de 1 de outubro).

5	DOCUMENTACIÓN ACHEGADA	
	<i>Sempre, os sinalados con <input checked="" type="checkbox"/>. No seu caso, o sinalado con <input type="checkbox"/>, marcándoo con "X".</i>	
Informe do facultativo pertencente á entidade concertada ou Servizo Público de Saúde a que estea adscrito á persoa causante na que acredite a enfermidade celiaca que padece a persoa beneficiario, segundo o modelo dispoñible na páxina web de MUFACE.		
Quedarán exentas de presentar o devandito informe as persoas ás que se lles concedeu a axuda para este programa na convocatoria de 2023		
Outra documentación:		

De acordo co **artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais)** e a **Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais**, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información: [Privacidade e protección de datos persoais](#). [Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#).

DILIXENCIA

Soamente se cumprimentará se a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por faltarlle no titular ou, se é o caso, no beneficiario, as condicións de afiliación precisas para causar a prestación.

Logo de ver os datos do titular e, no seu caso, do beneficiario da presente solicitude:

- Reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación.
- Non reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación, por.....

, a de de
O/A XEFE/A DE COLECTIVOS,

PROPOSTA DE RESOLUCIÓN

Propónse a seguinte resolución:

Logo de ver a presente solicitude, os antecedentes, a documentación achegada e informe médico así como a normativa aplicable, acórdase:

A APROBACIÓN, por reunir os requisitos esixibles da axuda solicitada para persoas con enfermidade celíaca, por importe máximo de _____ euros/ano, ou (no caso de prorrata) de _____ euros/día x _____ nº de días _____ euros.

A DENEGACIÓN, por

, a de de de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS,

PAGAMENTO, SE É O CASO, CONFORME:

Notifíquese, e soamente no caso de achegar xustificantes, dispóñase o pagamento.

, a de de de
POR DELEGACIÓN DA DIRECCIÓN XERAL DE MUFACE
O/A DIRECTOR/A PROVINCIAL

Asdo.:

