

SOLICITUDE DE AXUDA DE ENTERRO

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

1	DATOS DO/A SOLICITANTE			
	Número de afiliación a Muface ou á Seg. Social	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento _ / _ / _ _ _ _	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)
Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____ @ _____				

2	INFORMACIÓN SOBRE O/A CAUSANTE			
	1º apelido	2º apelido	Nome	NIF
	Data de falecemento _ / _ / _ _ _ _			
Marque cunha cruz "X" o suposto do que se trate				
<input type="checkbox"/> a) Beneficiario/a do/a titular <input type="checkbox"/> b) Titular do documento asimilado ao de afiliación <input type="checkbox"/> c) Fillo/a falecido/a antes de transcorrer un mes desde o seu nacemento e que cumpría os requisitos para ser beneficiario/a do/a titular <input type="checkbox"/> d) Feto que permanecese no seo materno, cando menos, 180 días				

3	DOCUMENTACIÓN			
	Sinale cunha cruz "X" os documentos que Vde. achega			
<input type="checkbox"/> Documento de beneficiarios do mutualismo administrativo ou documento asimilado ao de afiliación, segundo proceda, para a súa actualización. <input type="checkbox"/> Certificado médico oficial do falecemento do/a beneficiario/a ou a fotocopia do Libro de familia no que conste o dito falecemento, ou a certificación do Rexistro Civil que acredite a defunción. <input type="checkbox"/> Certificado médico oficial no que conste a data de interrupción do embarazo e o tempo de xestación (soamente para o suposto 2.d). <input type="checkbox"/> Documento acreditativo dos gastos orixinados (soamente para o suposto 2.d) <input type="checkbox"/> Outros documentos				

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.	Número de conta/libreta

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:
Todos os datos anotados son certos e completos.
Y Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente os datos de identidade e residencia a través da Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015 de 1 de outubro), sen prexuízo de poder revogar a miña autorización en calquera momento mediante escrito dirixido a MUFACE.
 LUGAR, DATA E SINATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (Para cubrir voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio <input type="checkbox"/>		
	Rúa, praza e número			
	Código postal	Localidade		
Provincia		País		

EXEMPLAR PARA MUFACE

DPS-33201.1 (06/19)

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: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: DPDmuface@muface.es.

DILIXENCIA

Cubrírse soamente se a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por non lle poder comprobar ao/á solicitante ou ao/á causante as condicións de afiliación ou de alta.

Comprobáronse os datos do/a solicitante e do/a causante aos que se refire a presente solicitude e a data do feito causante

- ambos os dous reunían as condicións de afiliación e/ou de alta precisas para a prestación.
- o/a solicitante reunía as condicións de afiliación e/ou de alta e o/a causante cumpría os requisitos do epígrafe 2.1.c) da instrucción SE-1/2000, modificado pola instrucción SE-1.1/2003.
- o/a solicitante reunía as condicións de afiliación e/ou de alta e o/a causante cumpría os requisitos do epígrafe 2.1.d) da instrucción SE-1/2000, modificada pola instrucción SE-1.1/2003.
- o/a solicitante non reunía as condicións de afiliación ou de alta que fosen precisas no suposto do que se trata.
- o/a causante non reunía as condicións de afiliación nin cumpría os requisitos dos epígrafes 2.1.c) ou d) da instrucción SE-1/2000, modificada pola instrucción SE-1.1/2003.
- outras circunstancias (especificar):

, de de
O/A XEFE/A DE COLECTIVOS

PROPOSTA DE RESOLUCIÓN

Propónse a seguinte resolución:

Logo de ver a presente solicitude, os informes emitidos, a documentación achegada e os antecedentes oportunos, así como a normativa aplicable, acórdase:

A APROBACIÓN por reunir os requisitos esixibles e concédeselle a cantidade de

EUROS

en concepto de axuda de enterro; o pagamento deste pode realizarse sen máis trámites.

A DENEGACIÓN, por

, de de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS

CONFORME

Notifíqueselle e, se é o caso, dispóñase o pagamento sen máis trámites.

, de de

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

SOLICITUDE DE AXUDA DE ENTERRO

1	DATOS DO/A SOLICITANTE			
	Número de afiliación a Muface ou á Seg. Social	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento _ / _ / _ _ _ _	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)
Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____ @ _____				

2	INFORMACIÓN SOBRE O/A CAUSANTE			
	1º apelido	2º apelido	Nome	NIF
	Data de falecemento _ / _ / _ _ _ _			
Marque cunha cruz "X" o suposto do que se trate				
<input type="checkbox"/> a) Beneficiario/a do/a titular <input type="checkbox"/> b) Titular do documento asimilado ao de afiliación <input type="checkbox"/> c) Fillo/a falecido/a antes de transcorrer un mes desde o seu nacemento e que cumpría os requisitos para ser beneficiario/a do/a titular <input type="checkbox"/> d) Feto que permanecese no seo materno, cando menos, 180 días				

3	DOCUMENTACIÓN			
	Sinale cunha cruz "X" os documentos que Vde. achega			
<input type="checkbox"/> Documento de beneficiarios do mutualismo administrativo ou documento asimilado ao de afiliación, segundo proceda, para a súa actualización. <input type="checkbox"/> Certificado médico oficial do falecemento do/a beneficiario/a ou a fotocopia do Libro de familia no que conste o dito falecemento, ou a certificación do Rexistro Civil que acredite a defunción. <input type="checkbox"/> Certificado médico oficial no que conste a data de interrupción do embarazo e o tempo de xestación (soamente para o suposto 2.d). <input type="checkbox"/> Documento acreditativo dos gastos orixinados (soamente para o suposto 2.d) <input type="checkbox"/> Outros documentos				

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA			
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C. Número de conta/libreta

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:
Todos os datos anotados son certos e completos.
Y Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente os datos de identidade e residencia a través da Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015 de 1 de outubro), sen prexuízo de poder revogar a miña autorización en calquera momento mediante escrito dirixido a MUFACE.
 LUGAR, DATA E SINATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (Para cubrir voluntariamente)		
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio <input type="checkbox"/>	
	Rúa, praza e número		
	Código postal	Localidade	
Provincia		País	

EXEMPLAR PARA O INTERESADO

DPS-33201.2 (06/19)

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: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: DPDmuface@muface.es.