

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

## SOLICITUDE DE AXUDAS PARA PERSOAS CON ENFERMIDADE ONCOLÓXICA

<b>1</b>	<b>DATOS DO/DA TITULAR SOLICITANTE</b>				
	Número de afiliación	Primeiro apellido	Segundo apellido	Nome	
	Domicilio: Rúa ou praza e número		Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)	
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indique a súa dirección de correo electrónico: : _____ @_____				

<b>2</b>	<b>DATOS DO/DA BENEFICIARIO/A DA PRESTACIÓN</b>	
	Número de orden no documento de beneficiarios/as	Apellidos e nome (se fose o/a propio/a Titular, indique O/A mesmo/a")

<b>3</b>	<b>AXUDA SOLICITADA</b>	<b>4</b>	<b>DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA</b>			
	<b>MODALIDADES</b> ( <i>sinale cunha "X" a/s que solicita</i> )		IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC
	3.1 <input type="checkbox"/> Prótese capilar, gorro, pano ou turbante oncolóxico.	<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> ( <i>a cubrir voluntariamente</i> )			
	3.2 <input type="checkbox"/> Suxeitador/é postmastectomía, postumorectomía ou outras de análoga natureza		Domicilio: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio <input type="checkbox"/>	Rúa, praza e núm		
			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.- Comprométome 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)

<b>6</b>	<b>DOCUMENTACIÓN ACHEGADA</b>	
	<i>Sempre, os sinalados con <input checked="" type="checkbox"/>. No seu caso, o sinalado con <input type="checkbox"/>, marcándoo con "X".</i>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Informe médico do persoal facultativo que acredite a enfermidade oncolóxica padecida polo/a beneficiario/a e a necesidade das adquisicións e adaptacións obxecto da axuda (3.1, 3.2 da solicitude).
	<input checked="" type="checkbox"/>	Facturas orixinais, ou fotocopias compulsadas, ou recibidas telemáticamente.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.
	<input type="checkbox"/>	Outra documentación: .....
	(se é o caso, xustificativa para os efectos do pagamento)	

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 Legislativo 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

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

Comprobouse que os datos do/a titular e, se é o caso, do/a beneficiario/a 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:

“Vistos a presente solicitude, os antecedentes, a documentación achegada e o informe médico así como a normativa aplicable, acórdase:

- A APROBACIÓN, por reunir os requisitos esixibles da axuda solicitada para persoas con enfermidade oncolóxica,  
por importe máximo de \_\_\_\_\_ euros/ano (Prótese capilar, gorro, pano ou turbante oncolóxico).  
por importe máximo de \_\_\_\_\_ euros/ano (Suxeitador postmastectomía, postumorectomía ou outros de análoga natureza).
- A DENEGACIÓN, por

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

Asdo.:

<b>IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE</b>	<b>REXISTRO DE PRESENTACIÓN</b>
<b>SERVIZO PROVINCIAL</b>	
<b>OFICINA DELEGADA</b>	<b>REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE</b>
<b>CÓDIGO EXPEDIENTE</b>	

## SOLICITUDE DE AXUDAS PARA PERSOAS CON ENFERMIDADE ONCOLÓXICA

1	<b>85 HCG 8 C # 5 H H I @ F GC @ 7 # 5 BH 9</b>				
	Número de afiliación	Primeiro apellido	Segundo apellido	Nome	
	Domicilio: Rúa ou praza e número		Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)	
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indique a súa dirección de correo electrónico: : _____ @ _____				

2	<b>85 HCG 8 C # 5 6 9 B 9 : 7 5 F C # 8 5 DF 9 GH 5 7 6 B</b>		
	Número de orden no documento de A beneficiarios/as	Apellidos e nome (se fose o/a propio/a Titular, indique O/A mesmo/a)	NIF/Pasaporte/Documentoidentidade (UE)

3	<b>AXUDA SOLICITADA</b>	4	<b>85 HCG D 5 F 5 C D 5 ; 5 A 9 B H C D C F H F 5 B G : 9 F 9 B 7 5</b>			
	<b>MODALIDADES (sinale cunha "X" a/s que solicita)</b>		IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	DC
	<p>3.1 <input type="checkbox"/> Prótese capilar, gorro, pano ou turbante oncolóxico.</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> Suxeitador/é postmastectomía, postumorectomía ou outras de análoga natureza</p>	5	<b>DATOS DE NOHIFICACIÓN (a cubrir voluntariamente)</b>			
Domicilio: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio <input type="checkbox"/>						
Rúa, praza e núm						
		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.- Comprométome 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)*

6	<b>DOCUMENTACIÓN ACHEGADA</b>
	<i>Sempre, os sinalados con <input checked="" type="checkbox"/>. No seu caso, o sinalado con <input type="checkbox"/>, marcándoo con "X".</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe médico do persoal facultativo que acredite a enfermidade oncolóxica padecida polo/a beneficiario/a e a necesidade das adquisicións e adaptacións obxecto da axuda (3.1, 3.2 da solicitude).
<input checked="" type="checkbox"/>	Facturas orixinais, ou fotocopias compulsadas, ou recibidas telemáticamente.
<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.
<input type="checkbox"/>	Outra documentación: .....
<i>(se é o caso, xustificativa para os efectos do pagamento)</i>	

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 Legislativo 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](#).