

**IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE**

**REGISTRO DE PRESENTACIÓN**

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

**SOLICITUD DE AYUDAS PARA ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS ASISTIDAS O EN CENTROS DE DÍA Y DE NOCHE**

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE</b>				
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad	Provincia
	País	Teléfono	Fecha de nacimiento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)	
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN</b>		
	Número de orden en el documento del beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")	

<b>3</b>	<b>AYUDA SOLICITADA</b>		<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)</b>		
	<i>(Marque con "X" lo que proceda)</i>			Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>
3.1. <input type="checkbox"/> Ayuda para <u>estancia temporal</u> en residencias asistidas		Calle/Plaza y número		Código postal		
3.2. <input type="checkbox"/> Ayuda para <u>estancia temporal</u> en centro de día y de noche						
<b>4</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>			Localidad		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta/libreta	Provincia

<p><b>AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes (Ver instrucciones)</b></p> <p>1.- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.</p> <p>2.- 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).</p> <p>3.- A solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de los extremos a que alude el epígrafe 6.1.d) de la resolución de convocatoria.</p> <p>Todo ello sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.</p> <p><i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)</i></p>	<p><b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</b></p> <p>1.- El causante de la prestación se encuentra en una situación sociofamiliar en la que no puede ser atendido en su domicilio durante la totalidad o parte del día.</p> <p>2.- El número total de personas que conviven a efectos del IRPF es de: _____ <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.</p> <p>4.- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.</p> <p>5.- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.</p> <p><i>Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)</i></p>
--	---

DPS-34501.1 (05/21) EJEMPLAR PARA MUFACE

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](mailto:DPDMuface@muface.es)

(1) COMPONENTE/S DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTA/N AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA

**6****DOCUMENTACIÓN APORTADA**

Siempre, las señaladas con . En su caso, las señaladas con , marcándolas con "X".

- Informe médico sobre alta hospitalaria, en el que se describen las secuelas temporales que afectan gravemente al causante de la prestación. (Ver instrucciones).
- Declaración responsable de pensiones y prestaciones (ver instrucciones).
- Certificaciones de pensiones o prestaciones (ver instrucciones).
- Declaración responsable de que el interesado no tiene reconocido el servicio o prestación económica vinculada al mismo, de carácter equivalente en cuanto a su finalidad, a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
- Otra documentación.....

**En caso de estar sujeto al IRPF por Haciendas Forales**

- Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud).
- Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones integrales de ingresos que consten en dicha Administración; así como declaración responsable relativa a los demás ingresos que no figuren en la indicada certificación.

Para los casos en que proceda:

- Declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por I.R.P.F., en su caso, referida a 2 años anteriores a la fecha de solicitud.

*Esta documentación se referirá a todos los miembros de la unidad de convivencia.*

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

## DILIGENCIA

Sólo se rellenará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el titular o, en su caso, en el beneficiario, las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se ha comprobado que los datos del titular y, en su caso, del beneficiario de la presente solicitud:

- reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación.
- no reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación, por .....

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

## PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

"Vistos la presente solicitud, los antecedentes, la documentación aportada y el periodo de estancia temporal establecida en el informe médico así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles de la ayuda solicitada para estancias temporales en \_\_\_\_\_  
por importe máximo de \_\_\_\_\_ euros/mes, o (en caso de prorrateo) de \_\_\_\_\_ euros/día x \_\_\_\_\_ nº días  
\_\_\_\_\_ euros.

LA DENEGACIÓN, por

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

### PAGO, EN SU CASO, CONFORME:

Notifíquese, y sólo en caso de aportar justificantes, dispóngase el pago.

, a de de  
**POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE**  
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Fdo.:

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD DE AYUDAS PARA ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS ASISTIDAS O EN CENTROS DE DÍA Y DE NOCHE

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA TITULAR SOLICITANTE</b>				
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad	Provincia
	País	Teléfono	Fecha de nacimiento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)	
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

<b>2</b>	<b>DATOS DEL/DE LA BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN</b>		
	Número de orden en el documento del beneficiario	Apellidos y nombre (si fuese el propio Titular, indíquese "El mismo")	

<b>3</b>	<b>AYUDA SOLICITADA</b>
	(Marque con "X" lo que proceda)
	3.1. <input type="checkbox"/> Ayuda para <b>estancia temporal</b> en residencias asistidas 3.2. <input type="checkbox"/> Ayuda para <b>estancia temporal</b> en centro de día y de noche

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

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

**AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes (Ver instrucciones)**

- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.
- 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).
- A solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de los extremos a que alude el epígrafe 6.1.d) de la resolución de convocatoria.

Todo ello 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, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)*

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:**

- El causante de la prestación se encuentra en una situación sociofamiliar en la que no puede ser atendido en su domicilio durante la totalidad o parte del día.
- El número total de personas que conviven a efectos del IRPF es de: \_\_\_\_\_
- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.

*Lugar, fecha y firma del solicitante, o de su representante, debidamente acreditado (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)*

DPS-34501.2 (05/21) EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

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](mailto:DPDMuface@muface.es)

(1) COMPONENTE/S DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTA/N AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA

<b>6</b>	<b>DOCUMENTACIÓN APORTADA</b> <i>Siempre, las señaladas con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, las señaladas con <input type="checkbox"/>, marcándolas con "X".</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe médico sobre alta hospitalaria, en el que se describen las secuelas temporales que afectan gravemente al causante de la prestación. (Ver instrucciones). <input checked="" type="checkbox"/> Declaración responsable de pensiones y prestaciones (ver instrucciones). <input type="checkbox"/> Certificaciones de pensiones o prestaciones (ver instrucciones). <input type="checkbox"/> Declaración responsable de que el interesado no tiene reconocido el servicio o prestación económica vinculada al mismo, de carácter equivalente en cuanto a su finalidad, a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). <input checked="" type="checkbox"/> Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles. <input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable. <input type="checkbox"/> Otra documentación.....

<b>En caso de estar sujeto al IRPF por Haciendas Forales</b>
<input type="checkbox"/> Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud). <input type="checkbox"/> Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones integras de ingresos que consten en dicha Administración; así como declaración responsable relativa a los demás ingresos que no figuren en la indicada certificación.
Para los casos en que proceda:
<input type="checkbox"/> Declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por I.R.P.F., en su caso, referida a 2 años anteriores a la fecha de solicitud.
<i>Esta documentación se referirá a todos los miembros de la unidad de convivencia.</i>

Este resumen le servirá para rellenar la solicitud, no obstante, recuerde que todo el contenido de estas prestaciones viene explicado en la resolución de convocatoria.

**No escriba en los espacios sombreados**

- 1. DATOS DEL TITULAR SOLICITANTE:** Consigne todos los datos solicitados, referidos al Titular del documento de afiliación.
- 2. DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN:**
  - Si el beneficiario de la prestación es el propio Titular, consigne: “El mismo”.
  - Si el beneficiario de la prestación no es el Titular, consigne sus datos, indicando expresamente el número de orden en que aparece en el documento de afiliación.
- 4. DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA:** es imprescindible consignar los códigos numéricos de la entidad bancaria y sucursal, dígitos de control (D.C.) y cuenta corriente o libreta de ahorros.
- 5. DATOS DE NOTIFICACIÓN:** si lo desea puede indicar el medio o medios preferentes por los que solicita se le practique la notificación, así como un domicilio alternativo a efectos de notificaciones.
- 6. DOCUMENTACIÓN:** los datos aportados estarán referidos al beneficiario de la prestación. Junto con la solicitud debe aportarse:
  - a) DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LOS REQUISITOS:**
    - Informe médico sobre alta hospitalaria que acredite las secuelas temporales que afecten a la movilidad (modelo DPS-34502). El informe indicará expresamente la estimación del periodo necesario para la rehabilitación.
    - Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable (modelo DPS-34916).
    - Declaración responsable de que el interesado no tiene reconocido el servicio o prestación económica vinculada al mismo, de carácter equivalente en cuanto a su finalidad, a través del Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia (SAAD):
  - b) DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LOS INGRESOS: Pensiones o prestaciones, en su caso, epígrafe 2.11)**
    - Declaración responsable de pensiones y prestaciones (ya sea en sentido positivo, como negativo), formulada por el interesado, en su propio nombre y en el de los miembros de su unidad de convivencia (modelo DPS-34912).
    - Certificaciones de pensiones o prestaciones expedidas por las oportunas Entidades acreditativas de los ingresos incluidos en dicha declaración (no serán precisas cuando la declaración sea negativa en todos sus extremos, ni para las pensiones o prestaciones abonadas por MUFACE).
  - c) INGRESOS QUE CONSTITUYEN RENTA A EFECTOS DE IRPF:**
    - 1. PARA QUIENES AUTORIZEN A MUFACE A RECABAR SUS DATOS ECONÓMICOS**

**Siempre deben anotarse los datos que se indican en el espacio reservado a AUTORIZACIÓN,** respecto a todos los contribuyentes de la unidad familiar a efectos de IRPF.

Deben **firmar todos ellos**, incluido el propio solicitante, **si deciden autorizar a que MUFACE recabe sus datos** económicos de la Administración Tributaria competente.
    - 2. PARA QUIENES NO AUTORIZEN A MUFACE A RECABAR SUS DATOS ECONÓMICOS**

Los documentos que correspondan respecto de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (I.R.P.F.) para el ejercicio económico de **2019**, incluida, en su caso, la declaración complementaria, según los siguientes supuestos:

**A) Si se ha presentado Declaración mediante Renta Web, la información de la presentación de la declaración (Modelo D-100) así como el justificante del ingreso.**

**B) Si no está obligado a presentar Declaración del IRPF y no se hubiera presentado para solicitar devolución:**

      - Certificaciones** de la Administración Tributaria que acrediten el hecho de **no haber presentado y de no estar obligado a presentar declaración** del Impuesto.
      - Declaración responsable** suscrita por el beneficiario de la prestación relativa a los rendimientos netos del señalado ejercicio, respecto a los conceptos: rendimientos del trabajo, rendimientos del capital mobiliario y ganancias patrimoniales, etc [modelo DPS-34911, de acuerdo con el epígrafe 2.11.1.b).4º, párrafo b), de la convocatoria].

**NOTA.-** En el caso de radicar el **domicilio fiscal en un territorio foral**, se acompañarán los documentos fiscales equivalentes a los mencionados.

**OBSERVACIONES DE INTERÉS SOBRE CONCESIÓN DE LA AYUDA**

- El pago inicial y los sucesivos podrán solicitarse mensualmente o acumulando el de varios meses, de acuerdo con lo dispuesto en la convocatoria y previa presentación de las facturas que justifiquen los servicios prestados.
- El cómputo total de la duración de la estancia temporal susceptible de ayuda, no podrá ser superior a tres meses en **2021**.

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**