

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

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO O MENOR ACOGIDO A CARGO DISCAPACITADO

<b>1</b>	<b>DATOS DEL SOLICITANTE PERCEPTOR</b>						
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Número de afiliación			
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)			Relación con el causante	Domicilio: calle o plaza y número		
	Código postal	Localidad	Provincia	Pais	Teléfono		
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____						
	<b>DATOS DE LA OTRA PERSONA QUE ES TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD O TUTELA</b>						
Apellidos		Nombre	Régimen de Seguridad Social: .....				
NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Nº afiliación a Régimen Seg. Soc.					

<b>2</b>	<b>DATOS DEL DISCAPACITADO CAUSANTE (marque con X las cuadrículas correspondientes)</b>														
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento	NIF/Pasaporte/D.I. (U.E.)										
	<p>1 <input type="checkbox"/> Es hijo de _____ (3 <input type="checkbox"/> mutualista de MUFACE,</p> <p>o el solicitante, que es   o</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Es menor acogido por _____ (4 <input type="checkbox"/> titular de documento asimilado al de afiliación de MUFACE,</p> <p>o encontrándose (5 <input type="checkbox"/> incluido en su documento de beneficiarios.</p> <p>o (6 <input type="checkbox"/> no incluido</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Es titular de documento asimilado al de afiliación, al ser hijo o huérfano de mutualista y encontrarse en alguna de las siguientes circunstancias: convivir con progenitor que no sea mutualista, estar abandonado o hallarse en situación de doble orfandad. A estos efectos se debe considerar que:</p> <p>8 <input type="checkbox"/> está incapacitado judicialmente, siendo el solicitante su representante legal o, en su defecto, la persona que le tiene a su cargo.</p> <p>o</p> <p>9 <input type="checkbox"/> no está incapacitado judicialmente, siendo él mismo el solicitante.</p> <p>10 <input type="checkbox"/> No ejerce actividad laboral lucrativa por cuenta propia ni ajena.</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta   _____ (11.1 <input type="checkbox"/> propia,   pero los rendimientos netos que obtiene por este concepto, considerados en cómputo anual, no superan el  </p> <p>o   100 por cien del salario mínimo interprofesional vigente,  </p> <p>(11.2 <input type="checkbox"/> ajena,   considerado también en cómputo anual.</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Percibe pensión por <input type="checkbox"/> jubilación, <input type="checkbox"/> invalidez, <input type="checkbox"/> viudedad u <input type="checkbox"/> orfandad por importe anual de ..... euros.</p> <p>Si ha marcado en 11 o 12 se encuentra afiliado con el nº                                  </p> <p>en el Régimen ..... de la Seguridad Social de .....</p>														
	<b>GRADO DE DISCAPACIDAD POR EL QUE ESTÁ AFECTADO:</b>														
	<input type="checkbox"/> Discapacidad en grado <u>igual o superior al 33</u> por cien (sólo es causa de la prestación en menores de 18 años). <input type="checkbox"/> Discapacidad en grado <u>igual o superior al 65</u> por cien, sin necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida. <input type="checkbox"/> Discapacidad en grado <u>igual o superior al 75</u> por cien y acreditación de necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos o reconocimiento de algún grado y nivel de dependencia (BVD).			<table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">Grado</td> <td style="width: 50%;">Causa</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> </tr> <tr> <td>3ª</td> <td>Validez</td> </tr> <tr> <td>   </td> <td>         </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Efectos: ____/____/____</td> </tr> </table>			Grado	Causa			3ª	Validez			Efectos: ____/____/____
Grado	Causa														
3ª	Validez														
Efectos: ____/____/____															



## DILIGENCIA

Se han comprobado los datos del colectivo y de afiliación que afectan a la presente solicitud, con el siguiente resultado:

### 1. Respetto del solicitante perceptor:

- Es mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación, en situación de alta desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.
- Es el representante legal del causante, tutor o guardador o, en su defecto, la persona que le tiene a su cargo, según queda acreditado en la documentación que se incorpora al expediente.

### 2. Respetto del discapacitado causante:

- Es beneficiario del mutualista o del titular solicitante, en situación de alta desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, con número de orden |\_\_|
- Es titular de documento asimilado al de afiliación, en situación de alta desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, siendo el propio solicitante.
- No figura en el colectivo o figura en situación de baja desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.
- Está afiliado al Régimen..... de la Seguridad Social de ..... y
- percibe la prestación por hijo discapacitado con cargo al mismo.
  - no percibe

### 3. Otras consideraciones:

, a de de  
EL/LA JEFE DE COLECTIVOS,

EJEMPLAR PARA MUFACE

## INSTRUCCIONES GENERALES

- \* No escriba en los espacios sombreados con trama.
- \* Escriba siempre en letras mayúsculas.

## INSTRUCCIONES PARA LOS EPÍGRAFES QUE SE INDICAN

### 1.- Datos del solicitante perceptor.

- En el caso de que el solicitante sea el propio discapacitado, en el espacio "Relación con el causante" indique "el mismo". De no ser así, señale el parentesco o, en su caso, la palabra "representante". Esta situación se producirá cuando corresponda marcar las cuadrículas 7 y 9 del epígrafe 2 ó cuando el discapacitado tenga 18 ó más años, no haya sido incapacitado judicialmente y conserve su capacidad de obrar.
- En cualquier supuesto, debe anotarse el domicilio actual del solicitante.
- **Datos de la otra persona que es titular de la patria potestad o tutela (en su caso):**  
En el recuadro "Régimen de Seguridad Social" se indicará el que corresponda a esta persona, cualquiera que sea el Régimen público de Seguridad Social al que esté afiliada (En caso de no existir dicha persona, indíquese y justifíquese la causa).

### 2.- Datos del discapacitado causante.

- Las cuadrículas que se marquen y los datos que se transcriban deben reflejar adecuadamente la situación del causante respecto a:
  - El mutualista o el titular de documento asimilado al de afiliación, de MUFACE.
  - Su propia pertenencia o no al colectivo de MUFACE.
  - La realización o no de una actividad laboral lucrativa, la percepción de alguna pensión contributiva y su posible afiliación obligatoria al respectivo Régimen de Seguridad Social.
  - El grado de su discapacidad.

### 5.- Datos de notificación.

- Sólo se rellenará si se desea que las notificaciones se reciban en un domicilio distinto al señalado por el solicitante en el epígrafe 1.

EJEMPLAR PARA MUFACE

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

*La prestación por hijo o menor acogido a cargo discapacitado consiste en una asignación económica, cuya cuantía, fijada por Ley, se suele actualizar, en general, por las Leyes anuales de Presupuestos Generales del Estado, y que varía, en principio, en función de que el causante con discapacidad sea menor o mayor de 18 años. En el primer caso, se exige una discapacidad en grado igual o superior al 33 por cien y la cuantía es única; en el segundo, es necesario que la discapacidad sea en grado igual o superior al 65 por cien y la cuantía también es única, salvo que alcance el 75 por cien y, además, el causante con discapacidad necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, en cuyo supuesto la asignación es superior.*

*Pueden causar también la prestación los hijos o menores acogidos que estén a cargo de un mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación y convivan con él, que, encontrándose en las situaciones de discapacidad señaladas en el párrafo anterior, realicen una actividad laboral lucrativa, siempre que los ingresos que perciban por este concepto, en cómputo anual, no superen el 100 por cien del salario mínimo interprofesional vigente, también en cómputo anual. El realizar actividad laboral o el cobro de rentas asimiladas al salario (desempleo, renta activa de inserción...) es la única excepción que se admite para justificar que el discapacitado, de baja en el colectivo de MUFACE, tenga derecho a la prestación de Hijo a cargo.*

*Con carácter general, las altas, reposiciones y variaciones que supongan un aumento en la cuantía de la prestación producen efecto en el trimestre natural inmediatamente siguiente a aquél en que se presente la solicitud junto con el documento del reconocimiento del grado de discapacidad o, en su defecto, documento acreditativo de haber solicitado dicho reconocimiento, en su caso. En los casos en que las variaciones supongan una reducción o extinción de la prestación los efectos serán del último día del trimestre natural en que se haya producido dicha variación, sin tener en consideración la fecha de comunicación de la misma. Si la variación se debe al cumplimiento de los 18 años, la modificación de la cuantía se realizará de oficio, siempre que obre previamente en MUFACE la documentación que acredite el derecho a tal modificación.*

*A partir de la fecha de efectos, la asignación se abona por MUFACE, mensualmente, incluyendo en el primer pago los atrasos, si los hubiere.*

*El solicitante perceptor de la prestación está obligado a comunicar a MUFACE, con carácter inmediato, cualquier variación en las circunstancias declaradas en la presente solicitud, que puedan afectar a los requisitos de la prestación.*

*Sin perjuicio de ello, MUFACE solicitará anualmente la actualización de los datos que acrediten la persistencia de los requisitos necesarios para el mantenimiento del derecho al percibo de la prestación.*

*Cualquier abono que se efectúe indebidamente durante un período en que no se reunieran los requisitos necesarios, dará lugar al oportuno reintegro de las percepciones indebidas.*

DPS-21001.1 (06/19)

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

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO O MENOR ACOGIDO A CARGO DISCAPACITADO

<b>1</b>  Tipo Percep. <input type="checkbox"/>    Tipo Resol. <input type="checkbox"/>  Estado nómina <input type="checkbox"/>  Causa Deneg. <input type="checkbox"/>  Tipo Prest. <input type="checkbox"/>	<b>DATOS DEL SOLICITANTE PERCEPTOR</b>					
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Número de afiliación		
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Relación con el causante	Domicilio: calle o plaza y número		
	Código postal	Localidad	Provincia	Pais	Teléfono	
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____					
	<b>DATOS DE LA OTRA PERSONA QUE ES TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD O TUTELA</b>					
Apellidos		Nombre	Régimen de Seguridad Social: .....			
.....		NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)	Nº afiliación a Régimen Seg. Soc. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
.....						

<b>2</b>  Tipo Resol. <input type="checkbox"/>  Estado nómina <input type="checkbox"/>  Causa Deneg. <input type="checkbox"/>  Tipo Prest. <input type="checkbox"/>	<b>DATOS DEL DISCAPACITADO CAUSANTE (marque con X las cuadrículas correspondientes)</b>				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento	NIF/Pasaporte/D.I. (U.E.)
	<p>1 <input type="checkbox"/> Es hijo de ( 3 <input type="checkbox"/> mutualista de MUFACE,</p> <p>o el solicitante, que es   o</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Es menor acogido por ( 4 <input type="checkbox"/> titular de documento asimilado al de afiliación de MUFACE,</p> <p>o ( 5 <input type="checkbox"/> incluido</p> <p>encontrándose   o en su documento de beneficiarios.</p> <p>( 6 <input type="checkbox"/> no incluido</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Es titular de documento asimilado al de afiliación, al ser hijo o huérfano de mutualista y encontrarse en alguna de las siguientes circunstancias: convivir con progenitor que no sea mutualista, estar abandonado o hallarse en situación de doble orfandad. A estos efectos se debe considerar que:</p> <p>8 <input type="checkbox"/> está incapacitado judicialmente, siendo el solicitante su representante legal o, en su defecto, la persona que le tiene a su cargo.</p> <p>o</p> <p>9 <input type="checkbox"/> no está incapacitado judicialmente, siendo él mismo el solicitante.</p> <p>10 <input type="checkbox"/> No ejerce actividad laboral lucrativa por cuenta propia ni ajena.</p> <p>( 11.1 <input type="checkbox"/> propia,   pero los rendimientos netos que obtiene por este concepto, considerados en cómputo anual, no superan el</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta   o   100 por cien del salario mínimo interprofesional vigente,</p> <p>( 11.2 <input type="checkbox"/> ajena,   considerado también en cómputo anual.</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Percibe pensión por <input type="checkbox"/> jubilación, <input type="checkbox"/> invalidez, <input type="checkbox"/> viudedad u <input type="checkbox"/> orfandad por importe anual de ..... euros.</p> <p>Si ha marcado en 11 o 12 se encuentra afiliado con el nº <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>en el Régimen ..... de la Seguridad Social de .....</p>				
	<b>GRADO DE DISCAPACIDAD POR EL QUE ESTÁ AFECTADO:</b>				
	<input type="checkbox"/> Discapacidad en grado <u>igual o superior al 33</u> por cien (sólo es causa de la prestación en menores de 18 años).			Grado	
	<input type="checkbox"/> Discapacidad en grado <u>igual o superior al 65</u> por cien, sin necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.			Causa	
	<input type="checkbox"/> Discapacidad en grado <u>igual o superior al 75</u> por cien y acreditación de necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos o reconocimiento de algún grado y nivel de dependencia (BVD).			3ª	
				Validez	
				Efectos: ____/____/____	

3

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN

Siempre el señalado con ; además, según lo que proceda en cada caso, el/los señalado/s con , marcándolo/s con X.  
(Pueden presentarse fotocopias compulsadas u originales, acompañados de fotocopia, para su compulsación por MUFACE)

- A  Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad y dictamen técnico-facultativo en vigor, con indicación del plazo de validez o revisión, acreditativos del grado de discapacidad y, si procede, de la necesidad del concurso de tercera persona por parte del causante con discapacidad, expedidos por los órganos del IMSERSO o de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales, con competencias en esta materia. También se podrá acreditar la necesidad de tercera persona mediante la aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD)
- B  Si la otra persona que es titular de la patria potestad o tutela está afiliada a otro Régimen público de Seguridad Social:  
Se comprobará a través del acceso a la información contenida en el Registro de Prestaciones Públicas, que esta persona no percibe esta misma prestación por ese causante a través del Régimen Público de Seguridad Social al que se encuentre afiliado, salvo en aquellos casos en que el causante sea menor de edad y la persona esté afiliada a MUGEJU. Para estos últimos seguirá siendo necesaria la aportación de un certificado en el que conste esta información.
- C  Si el causante tiene 16 ó más años de edad, se deberá acreditar su situación en cuanto a su posible afiliación a algún Régimen público de Seguridad Social. Para ello, puede optar por una de estas dos vías:
- C 1  Autorizar a MUFACE para que realice una consulta telemática al respecto, para lo que el causante suscribe esta autorización:
- .....  
(firma del causante o su representante legal)
- C 2  Presentar "Informe de situación en el fichero general de afiliación" o, en su caso, "Informe de vida laboral", expedido, uno u otro, por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- D  Si en el epígrafe 2 corresponde marcar la cuadrícula 8: documento que acredite que el solicitante es el representante legal del causante judicialmente incapacitado o que le tiene a su cargo así como la sentencia de incapacitación judicial.
- E  Si en el epígrafe 2 corresponde marcar la cuadrícula 11:
- Fotocopia compulsada del contrato de trabajo completo y vigente, donde conste la razón social de la empresa así como, en su caso, las prórrogas del mismo.
- Fotocopia compulsada de todas las nóminas de que se disponga, que son necesarias para valorar el cumplimiento de los requisitos. En caso de no aportarlas junto con la solicitud deberán aportarse a la mayor brevedad.
- En caso de trabajadores por cuenta propia que no dispongan de nóminas deberán presentar documentación acreditativa de los ingresos que perciben por su actividad laboral.
- F  Si se era receptor de alguna pensión, prestación o subsidio incompatible: documento/s que acredite/n que se ha optado por la prestación de MUFACE, o que se ha renunciado a aquél/los, así como la fecha de efectos económicos de la opción o la renuncia.
- G  Si el causante es un menor en régimen de acogimiento familiar, tanto de carácter permanente como preadoptivo: decisión administrativa o judicial de acogimiento.

NOTA: Si ya aportó el/los documento/s exigido/s en otro procedimiento tramitado con MUFACE, no es necesario que vuelva a aportarlos (salvo que requieran una actualización).

De ser así, indique el/los documento/s ya entregado/s y los datos relativos al procedimiento anterior:

- Documento/s letra/s y número/s  - Código del expediente:

- Fecha de presentación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Objeto de la solicitud: .....

4

## FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA BANCARIA

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

5

## DATOS DE NOTIFICACIÓN (ver instrucciones)

Calle, plaza y número

Código postal

Localidad

Provincia

País

## DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.

2.- Ninguno de los progenitores, adoptantes o acogedores percibe ni ha solicitado prestación por el mismo hecho y para el mismo causante en ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

3.- Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión no contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensión asistencial regulada en la Ley 45/1960, de 21 de julio, y con los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Por ello, manifiesto, respecto de ambos progenitores, adoptantes o acogedores, que:

No percibimos cuantía alguna por tales conceptos.

Percibimos alguna pensión o prestación, pero hemos manifestado nuestra opción a favor de la prestación de MUFACE.

Percibimos algún subsidio, pero hemos manifestado nuestra renuncia al mismo.

4.- Conozco que estoy obligado a comunicar inmediatamente a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos de la prestación.

5.- Autorizo a MUFACE a recabar, en su caso, en cualquier momento, cuantos datos se precisen para la comprobación de cumplimiento de requisitos, tanto del receptor como del causante de la prestación, de los datos de identidad, residencia, dependencia, discapacidad, situación en el Régimen General de la Seguridad Social, cobro de prestaciones por desempleo y otras ayudas, (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, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP)

DPS-21001.2 (06/19)

EJEMPLAR PARA SELLAR Y ENTREGAR AL 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)