

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD DE SUBSIDI DE JUBILACIÓ

1	MUTUALISTA SOL·LICITANT			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	NIF/Passaport/doc. d'identificació (UE)		Domicili: carrer o plaça i número	
	Codi postal	Localitat	Província	Telèfon
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ (Marqueu amb "X" les caselles corresponents)		
	JUBILACIÓ	<input type="checkbox"/> Forçosa per l'edat <input type="checkbox"/> Per incapacitat permanent per al servei	
	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Servei actiu <input type="checkbox"/> Servicios a CCAA <input type="checkbox"/> Excedència forçosa <input type="checkbox"/> Serveis especials <input type="checkbox"/> Expectativa de destí <input type="checkbox"/> Excedència per a tenir cura de familiars	

3	DADES PER A L'IMPORT DEL SUBSIDI			
	Consigneu els imports íntegres corresponents al mes de la vostra jubilació (sense pagues extraordinàries ni endarreriments). - Sou/mes - Triennis...../mes - Grau (si puposa retribució)/mes TOTAL (A)/mes	Data de jubilació: ____/____/____	Altra/es ajut/s rebuts o sol·licitats per aquest mateix fet causant, dispensats o finançats amb fons públics	
			Organisme pagador	Import íntegre
			TOTAL (B)	
L'import íntegre del subsidi serà igual al TOTAL (A) multiplicat pel coeficient "0,5". D'aquest resultat es restarà el TOTAL (B). (Per a fets causants anteriors a 01/01/2013 se seguirà aplicant el coeficient "2")				

4	DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR	
	Sempre els assenyalats amb <input checked="" type="checkbox"/> . Si és el cas, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/> , marcant-lo amb "X". <input checked="" type="checkbox"/> Fotocòpia compulsada de la Resolució en què s'acordi la jubilació. <input type="checkbox"/> Si en la Resolució indicada no figura la situació administrativa, certificació de la corresponent unitat de personal acreditativa de la situació en la data de jubilació. <input checked="" type="checkbox"/> Certificació de l'unitat pagadora en què constin les retribucions bàsiques íntegres corresponents al mes en què es produeixi la jubilació (si en aquest mes el/la mutualista no percep les retribucions bàsiques pel cos, escala o plaça en què es jubili, certificació de l'unitat de personal competent acreditativa de les que li haurien correspost, si hagués estat en servei actiu, en el mes de jubilació).	

5	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA				
	IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC	Número de compte / llibreta

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

6	DADES DE NOTIFICACIÓ (per emplenar voluntàriament)	
	Domicili:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> altre domicili <input type="checkbox"/>
	Carrer, plaça i número	
	Codi postal	Localitat
	Província	País

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i complets.
- Em comprometo a comunicar a MUFACE qualsevol variació que incideixi en la concessió del subsidi.

(Lloc, data i signatura del/ de la sol·licitant o seu representant acreditat/acreditada. (Art. 5 Llei 39/2015 del PAC de les AAPP)

DILIGÈNCIA

Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada perquè el/la mutualista no reuneix les condicions d'afiliació o alta requerides per cobrar la prestació o si existeix discrepància entre el fitxer automatitzat i la documentació aportada relativa a la situació administrativa.

S'han comprovat les dades del/de la mutualista al/a la qual es refereix aquesta sol·licitud i en la data del fet causant::

- reunia les condicions d'afiliació i alta requerides per a la prestació.
- no reunia les condicions d'afiliació o d'alta requerides per a la prestació, per
- la seva situació administrativa
- és
- una de les que possibiliten el dret a la prestació.
- no és

, de/d' de
EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,

INFORME

Només s'utilitzarà i subscriurà si el/la mutualista causant del Subsidi de Jubilació ha mort abans de concloure la tramitació o abans de procedir a l'abonament de la prestació.

Data de la mort del/de la mutualista causant del Subsidi de Jubilació, segons la documentació aportada --/--/----

La/es persona/es que ha/n instat la conclusió del procediment o la realització de l'abonament

- Sí
acredita/en la seva condició de persona/es hereva/es del/de la mutualista causant.
- No

, de/d' de
EL/LA CAP DE PRESTACIONS

PROPOSTA DE RESOLUCIÓ

Proposo la resolució següent:

Atesa aquesta sol·licitud, els informes emesos, la documentació aportada i els antecedents oportuns, així com la normativa aplicable, resolc:

- APROVAR-LA, perquè reuneix els requisits exigibles, i atorgar la quantitat de
en concepte de subsidi de jubilació.*

- DENEGAR-LA, per

, de/d' de
EL/LA CAP DE PRESTACIONS,

* S'indica que, en cas que es produeixi alguna variació en la condició de jubilat/jubilada del/de la mutualista, procediria la revisió d'aquest acord i el possible reintegrament de la quantitat aprovada en el mateix, sobre la base del que disposa l'article 55 del RGMA, sense perjudici que en un moment posterior si torna a complir els requisits la pogués tornar a sol·licitar en els termes que corresponguin.

CONFORME:

Notifiqui-ho i, si escau, feu el pagament sense cap tràmit més.

, de/d' de
EL/LA

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD DE SUBSIDI DE JUBILACIÓ

1	MUTUALISTA SOL·LICITANT			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	NIF/Passaport/doc. d'identificació (UE)		Domicili: carrer o plaça i número	
	Codi postal	Localitat	Província	Telèfon
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ (Marqueu amb "X" les caselles corresponents)		
	JUBILACIÓ	<input type="checkbox"/> Forçosa per l'edat <input type="checkbox"/> Per incapacitat permanent per al servei	
	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Servei actiu <input type="checkbox"/> Serveis a CCAA <input type="checkbox"/> Excedència forçosa	<input type="checkbox"/> Serveis especials <input type="checkbox"/> Expectativa de destí <input type="checkbox"/> Excedència per a tenir cura de familiars

3	DADES PER A L'IMPORT DEL SUBSIDI		
	<p>Consigneu els imports íntegres corresponents al mes de la vostra jubilació (sense pagues extraordinàries ni endarreriments).</p> <p>- Sou/mes</p> <p>- Triennis...../mes</p> <p>- Grau (si puposa retribució)/mes</p> <p>TOTAL (A)/mes</p>	Data de jubilació: ___/___/_____	
		Altra/es ajut/s rebuts o sol·licitats per aquest mateix fet causant, dispensats o finançats amb fons públics	
		Organisme pagador	Import íntegre
		TOTAL (B)	
L'import íntegre del subsidi serà igual al TOTAL (A) multiplicat pel coeficient "0,5". D'aquest resultat es restarà el TOTAL (B). (Per a fets causants anteriors a 01/01/2013 se seguirà aplicant el coeficient "2")			

4	DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR	
	Sempre els assenyalats amb <input checked="" type="checkbox"/> . Si és el cas, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/> , marcant-lo amb "X".	
	<input checked="" type="checkbox"/> Fotocòpia compulsada de la Resolució en què s'acordi la jubilació. <input type="checkbox"/> Si en la Resolució indicada no figura la situació administrativa, certificació de la corresponent unitat de personal acreditativa de la situació en la data de jubilació. <input checked="" type="checkbox"/> Certificació de l'unitat pagadora en què constin les retribucions bàsiques íntegres corresponents al mes en què es produeixi la jubilació (si en aquest mes el/la mutualista no percep les retribucions bàsiques pel cos, escala o plaça en què es jubili, certificació de l'unitat de personal competent acreditativa de les que li haurien correspost, si hagués estat en servei actiu, en el mes de jubilació).	

5	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA				
	IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC	Número de compte / llibreta

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

6	DADES DE NOTIFICACIÓ (per emplenar voluntàriament)	
	Domicili:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> altre domicili <input type="checkbox"/>
	Carrer, plaça i número	
	Codi postal	Localitat
	Província	País

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i complets.
- Em comprometo a comunicar a MUFACE qualsevol variació que incideixi en la concessió del subsidi.

(Lloc, data i signatura del/ de la sol·licitant o seu representant acreditat/acreditada. (Art. 5 Llei 39/2015 del PAC de les AAPP)