



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

**SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AYUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 de la resolución de convocatoria para 2025)**

1	DATOS DE LA PERSONA TITULAR		
	Número de afiliación	Apellidos, Nombre	Número Identificación Fiscal
	Domicilio: Calle o plaza y número		Código postal y localidad
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____			

2	DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2024	
	Número de expediente	Prestación
Beneficiario/a (apellidos y nombre)		Importe mensual

3	DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE: (marque con "X" en los casos que proceda)	4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				
	<input type="checkbox"/> La situación económica que sirvió de base para la concesión de la mencionada ayuda no sufrirá previsiblemente un incremento que exceda del 5% respecto al último año. <input type="checkbox"/> El grado de discapacidad continúa siendo igual o superior al 65 por 100 o al 80 por 100, si, en este último caso no se alcanzan los 65 años de edad. <input type="checkbox"/> La unidad de convivencia y las demás circunstancias que se tuvieron en cuenta para la concesión de la ayuda anterior no han variado. <input checked="" type="checkbox"/> No se me ha hecho efectivo servicio alguno o prestación económica vinculada al mismo, a través del SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de estos extremos. <input checked="" type="checkbox"/> Se cumplen los requisitos previstos en el epígrafe 9.1. tercer y cuarto párrafo de la resolución de convocatoria para 2025: - Mantiene su validez la calificación de discapacidad que sirviera de base para su concesión en ejercicios anteriores. - La declaración como no dependiente se ha resuelto por el órgano competente del SAAD con posterioridad a enero de 2011 o si es anterior a esta fecha, el/la interesado/a ha solicitado una nueva valoración del SAAD. <input checked="" type="checkbox"/> Me comprometo a aportar la documentación requerida por MUFACE a efectos de verificación de lo declarado y a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en sus incompatibilidades. Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar 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), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.		IBAN	Ent. bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta
			5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)			
	Domicilio:			Particular	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otro domicilio	<input type="checkbox"/>
	Calle o plaza y número						
	Código Postal	Localidad					
Provincia		País					

En virtud de la declaración formulada en el recuadro 3 y de la documentación aportada, según el recuadro 6, **SOLICITO:** La prolongación de efectos, para el **ejercicio de 2025**, de la prestación indicada y el abono del importe que corresponda en la cuenta/libreta, cuyos datos señalo.

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

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/la Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información en los apartados "[Privacidad y protección de datos](#)" y "[Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad](#)" de la página web de MUFACE

6	<p>DOCUMENTACIÓN A APORTAR <i>(Siempre, la señalada con <input checked="" type="checkbox"/> . En su caso, las señaladas con <input type="checkbox"/> , marcándolas con "X")</i></p>
	<p><input checked="" type="checkbox"/> Resolución de reconocimiento o no de la situación de dependencia como, en su caso, de la resolución del PIA, o de la resolución de reconocimiento de la concreta prestación, de las que se infieran la no efectividad de las prestaciones del SAAD. Solicitud de la nueva revisión a la Comunidad Autónoma en el caso de declaración como no dependiente anterior a 1 de enero de 2011. En caso de reconocimiento de la situación de dependencia, exista o no PIA, deberá presentarse certificación de la Comunidad Autónoma acreditativa de que las prestaciones del SAAD no son efectivas en el ámbito temporal de la presente convocatoria.</p> <p>En caso de no reconocimiento de la situación de dependencia, acreditación suficiente de la validez del grado de discapacidad que sirvió de base para la concesión de la ayuda inicial. Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.</p>
	PROPUESTA DE RESOLUCIÓN
	<p>Se propone la siguiente resolución:</p> <p>Vista la presente solicitud, la documentación aportada, los antecedentes, así como la normativa aplicable, se acuerda:</p> <p><input type="checkbox"/> el RECONOCIMIENTO de la prestación correspondiente, por importe de y con efectos de 1 de enero de 2025.</p> <p><input type="checkbox"/> el RECONOCIMIENTO de la prestación para las modalidades distintas a la de apoyo domiciliario en un importe equivalente al 50 por ciento del reconocido en 2024 y con efectos de de 2025, por incumplir el/la solicitante alguno de los requisitos establecidos en las letras a), b) o c) del epígrafe 9.2 de la resolución de convocatoria.</p> <p><input type="checkbox"/> el RECONOCIMIENTO de la prestación en la modalidad de apoyo domiciliario por importe de 153 € mensuales, si la ayuda concedida en 2024 fue superior a esta cuantía.</p> <p><input type="checkbox"/> el RECONOCIMIENTO de una prestación por importe de €, equivalente a la reconocida, pero no hecha efectiva por el SAAD y con efectos de de 2025, por encontrarse el/la solicitante en el supuesto a que se refiere el epígrafe 9.5 de la resolución de convocatoria.</p> <p><input type="checkbox"/> la DENEGACIÓN de la prestación por</p> <p><input type="checkbox"/> OBSERVACIONES</p> <p style="text-align: center;">Enadede</p> <p style="text-align: center;">EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES,</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>
	<p>PAGO, EN SU CASO, CONFORME:</p> <p style="text-align: right;">....., a de de</p>
<p>Notifíquese, y sólo en caso de aportar justificantes, dispóngase el pago</p>	<p>POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL</p> <p>Fdo.:</p>



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

**SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AYUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 de la resolución de convocatoria para 2025)**

1	DATOS DE LA PERSONA TITULAR			
	Número de afiliación	Apellidos, Nombre		Número Identificación Fiscal
	Domicilio: Calle o plaza y número		Código postal y localidad	Provincia
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				
2	DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2024			
	Número de expediente	Prestación		
Beneficiario/a (apellidos y nombre)			Importe mensual	
3	DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE: (marque con "X" en los casos que proceda)			
	<input type="checkbox"/> La situación económica que sirvió de base para la concesión de la mencionada ayuda no sufrirá previsiblemente un incremento que exceda del 5% respecto al último año. <input type="checkbox"/> El grado de discapacidad continúa siendo igual o superior al 65 por 100 o al 80 por 100, si, en este último caso no se alcanzan los 65 años de edad. <input type="checkbox"/> La unidad de convivencia y las demás circunstancias que se tuvieron en cuenta para la concesión de la ayuda anterior no han variado. <input checked="" type="checkbox"/> No se me ha hecho efectivo servicio alguno o prestación económica vinculada al mismo, a través del SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de estos extremos. <input checked="" type="checkbox"/> Se cumplen los requisitos previstos en el epígrafe 9.1. tercer y cuarto párrafo de la resolución de convocatoria para 2025: - Mantiene su validez la calificación de discapacidad que sirviera de base para su concesión en ejercicios anteriores. - La declaración como no dependiente se ha resuelto por el órgano competente del SAAD con posterioridad a enero de 2011 o si es anterior a esta fecha, el/la interesado/a ha solicitado una nueva valoración del SAAD. <input checked="" type="checkbox"/> Me comprometo a aportar la documentación requerida por MUFACE a efectos de verificación de lo declarado y a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en sus incompatibilidades. <p>Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar 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), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.</p>			
4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC Número de cuenta/libreta
5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)			
	Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>			
	Calle o plaza y número			
	Código Postal		Localidad	
	Provincia		País	
<p>En virtud de la declaración formulada en el recuadro 3 y de la documentación aportada, según el recuadro 6, SOLICITO: La prolongación de efectos, para el ejercicio de 2025, de la prestación indicada y el abono del importe que corresponda en la cuenta/libreta, cuyos datos señalo.</p> <p>Lugar, fecha y firma del/de la solicitante o de su representante debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015, de 1 de octubre).</p>				

DPS - 34150.2a (04/25) EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

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/la Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información en los apartados "[Privacidad y protección de datos](#)" y "[Delegado/a de Protección de Datos de la Mutuality](#)" de la página web de MUFACE

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

6**DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

(Siempre, la señalada con . En su caso, las señaladas con , marcándolas con "X")

- Resolución de reconocimiento o no de la situación de dependencia como, en su caso, de la resolución del PIA, o de la resolución de reconocimiento de la concreta prestación, de las que se infieran la no efectividad de las prestaciones del SAAD.
- Solicitud de la nueva revisión a la Comunidad Autónoma en el caso de declaración como no dependiente anterior a 1 de enero de 2011.
- En caso de reconocimiento de la situación de dependencia, exista o no PIA, deberá presentarse certificación de la Comunidad Autónoma acreditativa de que las prestaciones del SAAD no son efectivas en el ámbito temporal de la presente convocatoria.
- En caso de no reconocimiento de la situación de dependencia, acreditación suficiente de la validez del grado de discapacidad que sirvió de base para la concesión de la ayuda inicial.
- Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.