



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE
SERVICIO PROVINCIAL
OFICINA DELEGADA
CÓDIGO EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN
REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

## SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

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

DATOS DEL/DE LA CAUSANTE (si coincide con el/la solicitante, indique: "El/la mismo/a")		
NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)	Apellidos	Nombre

SITUACIÓN FAMILIAR				
Estado civil del/de la solicitante	Personas que conviven en el domicilio del/de la solicitante a 01/01/2019 con relación de parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado:			
	Cónyuge o persona asimilada al cónyuge	Nº de hijos	Nº de otros familiares	De entre todos ellos, nº de personas con discapacidad

DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA	
IMPORTE	

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

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumplimentar voluntariamente)				
Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>	Calle, plaza y número
Código postal			Localidad	
Provincia			País	

1.- Declaro que NO  / SI  recibo ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o privadas

Organismo pagador	Importe íntegro
<b>TOTAL</b>	

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

3.- Autorizo a MUFACE (1) a recabar electrónicamente a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre) los datos de identidad, residencia, Agencia Estatal Administración Tributaria, IMSERSO, Comunidad Autónoma y otros relevantes para la resolución de la ayuda, 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 del PAC de las AAPP)

(1) OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL TITULAR SOLICITANTE, QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTAN AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
CÓNYUGE O ASIMILADO			

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)

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

<p align="center"><b>MODALIDAD DE AYUDA</b> <i>(Seleccione modalidad/es)</i></p>	<p align="center"><b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b></p> <p>Los documentos justificativos aportados a MUFACE para la solicitud de las ayudas, en el caso de ser documentos públicos elaborados por cualquier Administración, deberán ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de acuerdo con lo establecido en su artículo 28.3 en el que como principio general se dispone que las administraciones no exigirán documentos originales en los procedimientos administrativos.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>COPAGO FARMACEÚTICO</b></p>	<p><b>No será precisa la justificación documental del gasto farmacéutico, dato que se incorporará al expediente por MUFACE.</b></p>
<p align="center"><b><u>GASTOS</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Factura de los gastos.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Declaración responsable de la situación socio-familiar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.</b></p>
<p align="center"><b><u>INSUFICIENCIA DE PRESTACIONES</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento o en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Gastos de desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, cuando no deban ser cubiertos ni por la Entidad Médica ni por MUFACE, según las normas de Asistencia Sanitaria.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Factura del gasto.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Informe de médico concertado justificativo de la necesidad del internamiento o tratamiento psiquiátrico, del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria o de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Licencias por enfermedad o accidente.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Ejemplares para MUFACE del/de los “parte/s de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo”.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Certificado de la Unidad Pagadora, acreditativo de las retribuciones en el primer mes de licencia y de la fecha en la que ha dejado de percibir las retribuciones complementarias.</b></p>

*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 íntegras 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.*

## DILIGENCIA

Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el/la solicitante las condiciones de afiliación o alta precisas para obtener el derecho a la prestación.

Se han comprobado los datos del/de la solicitante y en las fechas de efectos:

- Reunía las condiciones de afiliación y de alta precisas para la prestación.  
 No reunía dichas condiciones por:

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

## INFORME DEL ASESOR MÉDICO DEL SERVICIO PROVINCIAL

Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la Director/a del Servicio Provincial lo estime oportuno.

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe:

- FAVORABLE  
 DESFAVORABLE, por:

,a de de  
EL/LA ASESOR/A MÉDICO,

## INFORME

Si concurre el requisito, márchese con "X" la cuadrícula **SÍ**; en caso contrario, la cuadrícula **NO**

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A) Los hechos se encuentran comprendidos en alguno de los supuestos establecidos en el epígrafe 2 de la Instrucción AS-1/2018.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Concurren los requisitos de estado o situación de necesidad, indispensabilidad del gasto para su superación y escasez o carencia de recursos para hacer frente a dichos estado o situación.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) La necesidad para la que se solicita la ayuda es de imposible atención por otra prestación establecida por MUFACE y no ha sido cubierta por ningún otro Régimen público de Seguridad Social. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

## PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, se propone:

- SU APROBACIÓN  total  
 parcial

en concepto de Ayuda Asistencial.

- SU DENEGACIÓN por:

La presente propuesta se eleva a informe de la Comisión Provincial.

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

## INFORME DE LA COMISIÓN PROVINCIAL

La Comisión Provincial de MUFACE, en su reunión del día de la fecha, ha emitido sobre la propuesta informe

- FAVORABLE, Asignándole la siguiente calificación de prioridad asistencial: (1, 2 o 3)

Grado 1

Grado 2

Grado 3

- DESFAVORABLE por:

,a de de  
EL/LA SECRETARIO/A DE LA COMISIÓN,

Vista la propuesta y el informe de la Comisión Provincial,

- Se aprueba la propuesta de resolución.  
 Formúlese nueva propuesta, con arreglo al informe de la Comisión.  
 Remítase a la Dirección General.

Una vez asignado por la Dirección General el importe correspondiente, notifíquese y dispóngase el pago.

,a de de



## SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

### DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
Provincia	País	Teléfono	NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____			

### DATOS DEL/DE LA CAUSANTE (si coincide con el/la solicitante, indique: "El/la mismo/a")

NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)	Apellidos	Nombre
------------------------------	-----------	--------

### SITUACIÓN FAMILIAR

Estado civil del/de la solicitante	Personas que conviven en el domicilio del/de la solicitante a 01/01/2019 con relación de parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado: Cónyuge o persona asimilada al cónyuge		
	Nº de hijos	Nº de otros familiares	De entre todos ellos, nº de personas con discapacidad

### DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA

IMPORTE
---------

### DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

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

### DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumplimentar voluntariamente)

Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>	Calle, plaza y número
Código postal				Localidad
Provincia				País

1.- Declaro que NO  / SI  recibo ayuda o subvención con este mismo objeto y finalidad concedida por administraciones públicas o privadas

Organismo pagador	Importe íntegro
<b>TOTAL</b>	

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

3.- Autorizo a MUFACE (1) a recabar electrónicamente a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre) los datos de identidad, residencia, Agencia Estatal Administración Tributaria, IMSERSO, Comunidad Autónoma y otros relevantes para la resolución de la ayuda, 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 del PAC de las AAPP)

### (1) OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL TITULAR SOLICITANTE, QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTAN AUTORIZACIÓN

PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
CÓNYUGE O ASIMILADO			

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)

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

<p align="center"><b>MODALIDAD DE AYUDA</b> <i>(Seleccione modalidad/es)</i></p>	<p align="center"><b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b></p> <p>Los documentos justificativos aportados a MUFACE para la solicitud de las ayudas, en el caso de ser documentos públicos elaborados por cualquier Administración, deberán ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de acuerdo con lo establecido en su artículo 28.3 en el que como principio general se dispone que las administraciones no exigirán documentos originales en los procedimientos administrativos.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>COPAGO FARMACEÚTICO</b></p>	<p><b>No será precisa la justificación documental del gasto farmacéutico, dato que se incorporará al expediente por MUFACE.</b></p>
<p align="center"><b><u>GASTOS</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Factura de los gastos.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Declaración responsable de la situación socio-familiar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.</b></p>
<p align="center"><b><u>INSUFICIENCIA DE PRESTACIONES</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento o en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Gastos de desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, cuando no deban ser cubiertos ni por la Entidad Médica ni por MUFACE, según las normas de Asistencia Sanitaria.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Factura del gasto.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Informe de médico concertado justificativo de la necesidad del internamiento o tratamiento psiquiátrico, del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria o de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Licencias por enfermedad o accidente.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Ejemplares para MUFACE del/de los "parte/s de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo".</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Certificado de la Unidad Pagadora, acreditativo de las retribuciones en el primer mes de licencia y de la fecha en la que ha dejado de percibir las retribuciones complementarias.</b></p>

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

*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 íntegras 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.*

DPS-41001.2b (08/19)