

SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN A ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS

1	DATOS DO/DA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	
	Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)	
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____				

2	DATOS DO/DA BENEFICIARIO/A DA PRESTACIÓN		
	Número de orde no documento de beneficiario/a	Apelidos e nome (de ser o/a propio/a Titular, indíquese "O/A mesmo/a")	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)

3	DOCUMENTACIÓN		
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe actualizado do facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción polo mutualista ou beneficiario de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor Médico provincial.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia.		

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE: 1.- O custo da praza que ocupa o/a beneficiario/a non está subvencionado con fondos publicos. 2.- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos. 3.- Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta. 4.- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria. 5.- Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente os datos de identidade e residencia a través da Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015 de 1 de outubro), sen prexuízo de poder revogar a miña autorización en calquera momento mediante escrito dirixido a MUFACE <i>Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante debidamente acreditado (art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)</i>
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C. Número de conta / cartilla	

5	Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: _____/_____/_____
----------	--

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumprir voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Outro domicilio <input type="checkbox"/>
	Rúa ou praza e número			
	Código postal	Localidade		
	Provincia	País		

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/579 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Personais) e a Lei Orgánica 3/2108, do 5 de decembro, de Protección de Datos Personais e Garantía dos Dereitos Dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Máis información: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: DPDmuface@muface.es.

Dilixencia

Soamente se cumprimentará a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por faltarlle no/na titular ou, se é o caso, no/na beneficiario/a, as condicións de afiliación precisas para causar a prestación.

Comprobase que os datos do/da titular e, se é o caso, do/da beneficiario/a da presente solicitude:

- reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación.
- non reunía/n as condicións de afiliación e alta precisas para a prestación, por

, a de de
O/A XEFE/A DE COLECTIVO,

Proposta de resolución

Proponse a seguinte resolución:

“Logo de ver a presente solicitude, a documentación achegada, os antecedentes, así como a normativa aplicable, acórdase:

- A **aprobación** da axuda solicitada para atención a enfermos psiquiátricos crónicos por importe máximo mensual de:
..... euros.

Data de efectos: ___/___/_____

- A **denegación** por

, a de de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS,

Pagamento , se é o caso, CONFORME:

Notifíquese e soamente no caso de que achegue xustificantes, dispóñase o pagamento.

, a de de
Por delegación da DIRECCIÓN XERAL DE MUFACE
O/A DIRECTOR/A PROVINCIAL

Asdo.:

SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN A ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS

1	DATOS DO/DA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	
	Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade	Provincia
	País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)	
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____				

2	DATOS DO/DA BENEFICIARIO/A DA PRESTACIÓN		
	Número de orde no documento de beneficiario/a	Apelidos e nome (de ser o/a propio/a Titular, indíquese "O/A mesmo/a")	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)

3	DOCUMENTACIÓN		
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe actualizado do facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción polo mutualista ou beneficiario de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor Médico provincial.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia.		

4	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE: 1.- O custo da praza que ocupa o/a beneficiario/a non está subvencionado con fondos publicos. 2.- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos. 3.- Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta. 4.- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria. 5.- Autorizo a MUFACE a recabar electrónicamente os datos de identidade e residencia a través da Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015 de 1 de outubro), sen prexuízo de poder revogar a miña autorización en calquera momento mediante escrito dirixido a MUFACE <i>Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante debidamente acreditado (art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)</i>
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C. Número de conta / cartilla	

5	Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: _____/_____/_____
----------	--

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumprir voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Outro domicilio <input type="checkbox"/>
	Rúa ou praza e número			
	Código postal	Localidade		
	Provincia	País		

De acordo co **artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/579 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais)** e a **Lei Orgánica 3/2108, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais**, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE. Máis información: <http://www.muface.es/protección de datos> Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: DPDmuface@muface.es.