



SOL·LICITUD D'AJUT ASSISTENCIAL

DADES DEL/DE LA SOL·LICITANT

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

DADES DEL/DE LA CAUSANT (si coincideix amb el/la sol·licitant, indiqueu: "El/la mateix/a")

NIF/Passaport/D.Identif.(UE)	Cognoms	Nom
------------------------------	---------	-----

SITUACIÓ FAMILIAR

Estat civil del/de la sol·licitant	Persones que conviuen en el domicili del/de la sol·licitant a 01/01/2021 amb relació de parentiu de consanguinitat o afinitat fins al tercer grau:		
	Cònjuge o persona assimilada al cònjuge	Nre de fills	Nre d'altres familiars D'entre tots ells, nre de persones amb discapacitat

DADES DE L'AJUT SOL·LICITAT

IMPORT

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN	Entitat bancària	Sucursal	D.C.	Número de compte/libreta
------	------------------	----------	------	--------------------------

DADES DE NOTIFICACIÓ (S'ha d'emplenar voluntàriament)

Domicili:	Particular	Laboral	Altre domicili	Carrer, plaça i número
Codi postal				Localitat
Província				País

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

Organisme pagador	Import íntegre
TOTAL	

2.- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.

3.- **AUTORITZO MUFACE (1)** a recaptar electrònicament a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015 d'1 d'octubre) les dades d'identitat, residència, Agència Estatal Administració Tributària, IMSERSO, Comunidad Autònoma i uns altres rellevants per a la resolució de l'ajuda, sense perjudici de poder revocar la meua autorització en qualsevol moment mitjançant escrit dirigit a MUFACE i s'autoritza a aquesta mutualitat a recaptar electrònicament les dades de pensions i prestacions públiques (GISS) en el Registre de Prestacions Socials Públiques (RPSP) mitjançant consentiment de les persones afectades.

LLOC, DATA i FIRMA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant, degudament acreditat (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre del PAC de les AAPP)

(1) ALTRES PERSONES QUE CONVIUEN AMB EL TITULAR SOL·LICITANT, QUE, CAS DE FIRMAR, PRESTEN AUTORITZACIÓ

PARENTIU AMB EL SOL·LICITANT	COGNOMS I NOM	NIF	FIRMA
CÒNJUGE O ASSIMILAT			

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: <http://www.muface.es/proteccion de datos> Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: DPDMuface@muface.es

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT

<p align="center">MODALITAT D'AJUDA <i>(Selecioneu modalitat/s)</i></p>	<p align="center">DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR</p> <p>Els documents justificatius aportats a MUFACE per a la sol·licitud de les ajudes, en el cas de ser documents públics elaborats per qualsevol Administració, s'han d'ajustar al que disposa la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, d'acord amb el que estableix l'article 28.3 en el qual com a principi general es disposa que les administracions no han d'exigir documents originals en els seus procediments administratius.</p>
<input type="checkbox"/> Copagament farmacèutic	<p>No serà necessària la justificació documental de la despesa farmacèutica, dada que s'incorporarà a l'expedient per MUFACE.</p>
<p align="center"><u>DESPESES</u></p> <input type="checkbox"/> Despeses de caràcter urgent en casos d'importància extraordinària, degudament justificada.	<input checked="" type="checkbox"/> Factura de les despeses de caràcter urgent. <input checked="" type="checkbox"/> Altres documents que acreditin els fets origen de les despeses de caràcter urgent. <input checked="" type="checkbox"/> Declaració responsable de la situació sociofamiliar i d'habitatge, acompanyada, si escau, de tot aquell document que es consideri apropiat per acreditar l'estat o situació de necessitat.
<input type="checkbox"/> Atenció a despeses familiars ordinàries de caràcter general, si existeix insuficiència d'ingressos en la unitat de convivència per atendre-ls.	<p align="center"><u>Despeses familiars ordinàries de caràcter general</u></p> <p>No serà precisa la justificació documental de les despeses familiars ordinàries de caràcter general.</p>
<p align="center"><u>INSUFICIÈNCIA DE PRESTACIONS</u></p> <input type="checkbox"/> Tractament psiquiàtric mitjançant internament o en règim ambulatori, no cobert per les prestacions sanitàries ni sociosanitàries.	<input checked="" type="checkbox"/> Factura de la despesa. <input checked="" type="checkbox"/> Informe de metge concertat justificatiu de la necessitat de l'internament o tractament psiquiàtric, o del desplaçament per rebre assistència o de la necessitat del tractament o intervenció quirúrgica.
<input type="checkbox"/> Despeses de desplaçament per rebre assistència sanitària, quan no han de ser cobertes ni per l'Entitat Mèdica ni per MUFACE, segons les normes d'Assistència Sanitària.	
<input type="checkbox"/> Tractament mèdic o intervenció quirúrgica especial de caràcter excepcional per un determinat facultatiu.	
<input type="checkbox"/> Situació d'Incapacitat Temporal, sense dret al subsidi corresponent per no assolir el període de carència.	<input checked="" type="checkbox"/> Certificat de la Unitat Pagadora, acreditatiu de les retribucions en el primer mes de llicència i de la data de baixa en la percepció de les retribucions complementàries.
<p align="center"><i>En cas d'estar subjecte a l'IRPF per Hisendes Forals</i></p> <input type="checkbox"/> Declaració de l'IRPF o, si escau, de la comunicació emesa o de la liquidació girada a l'efecte de devolució, per la Hisenda Foral (referida a dos anys anteriors a la data de sol·licitud).	
<input type="checkbox"/> Certificació de la Hisenda Foral acreditativa de no haver presentat declaració de l'Impost i de les imputacions íntegres d'ingressos que constin en aquesta Administració; així com declaració responsable relativa als altres ingressos que no figurin en l'esmentada certificació.	
<p>Per als casos en què procedeixi:</p> <input type="checkbox"/> Declaració responsable de pensions o prestacions exemptes a tributació per I.R.P.F., si escau, referida a 2 anys anteriors a la data de sol·licitud.	
<p><i>Aquesta documentació ha de fer referència a tots els membres de la unitat de convivència.</i></p>	

DILIGÈNCIA

Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada perquè el/la sol·licitant no reuneix les condicions d'afiliació o alta necessàries per causar el dret a la prestació.

S'han comprovat les dades del/de la sol·licitant i en les dades dels efectes:

- Reunia les condicions d'afiliació i d'alta necessàries per a la prestació.
 No reunia aquestes condicions per:

, de/d' de
EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,

INFORME DE L'ASSESSOR MÈDIC DEL SERVEI PROVINCIAL

Només s'ha d'emetre en els expedients en què el/la Director/a del Servei Provincial ho consideri convenient.

Vista aquesta sol·licitud i la documentació aportada, emeto informe:

- FAVORABLE
 DESFAVORABLE, per:

, de/d' de
L'ASSESSOR/A MÈDIC/A,

INFORME

Si es compleix el requisit, marqueu amb "X" la casella **SÍ**; en cas contrari, la casella **NO**

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A) Els fets es troben compresos en algun dels supòsits establerts en l'epígraf 2 de la Instrucció AS-1/2009. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Concorren els requisits d'estat o situació de necessitat, indispensabilitat de la despesa per superar-los i escassetat o manca de recursos per afrontar-los. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) La necessitat per a la qual se sol·licita l'ajut és d'impossible atenció per cap altra prestació establerta per MUFACE i no ha estat coberta per cap altra Règim públic de Seguretat Social. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) Hi ha crèdit disponible de l'assignat al Servei Provincial per a Ajuts Assistencials. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

PROPOSTA DE RESOLUCIO

Vista aquesta sol·licitud, els informes emesos i els antecedents oportuns, així com la normativa aplicable i els crèdits disponibles, proposo:

APROVAR-LA totalment
Perquè es considera procedent, i concedir la quantitat de Euros
 parcialment

en concepte d'Ajut Assistencial.

DENEGAR-LA per:

Aquesta proposta s'eleva a informe de la Comissió Provincial.

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

INFORME DE LA COMISSIÓ PROVINCIAL

La Comissió Provincial de MUFACE, en la reunió del dia indicat, ha emès sobre la proposta un informe

FAVORABLE
 DESFAVORABLE per:

, de/d' de
EL/LA SECRETARIO/A DE LA COMISSIÓ,

Vista la proposta i l'informe de la Comissió Provincial,

- S'aprova la proposta de resolució.
 Formuleu nova proposta, d'acord amb l'informe de la Comissió.
 Trameteu-ho a la Direcció General.

Si escau, notifiqueu i disposeu el pagament.

, de/d' de



SOL-LICITUD D'AJUT ASSISTENCIAL

DADES DEL/DE LA SOL-LICITANT

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

DADES DEL/DE LA CAUSANT (si coincideix amb el/la sol·licitant, indiqueu: "El/la mateix/a")

NIF/Passaport/D.Identif.(UE)	Cognoms	Nom
------------------------------	---------	-----

SITUACIÓ FAMILIAR

Estat civil del/de la sol·licitant	Persones que conviuen en el domicili del/de la sol·licitant a 01/01/2021 amb relació de parentiu de consanguinitat o afinitat fins al tercer grau:		
	Cònjuge o persona assimilada al cònjuge	Nre de fills	Nre d'altres familiars D'entre tots ells, nre de persones amb discapacitat

DADES DE L'AJUT SOL-LICITAT

IMPORT

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN	Entitat bancària	Sucursal	D.C.	Número de compte/libreta
------	------------------	----------	------	--------------------------

DADES DE NOTIFICACIÓ (S'ha d'emplenar voluntàriament)

Domicili:	Particular	Laboral	Altres domicili	Carrer, plaça i número
Codi postal				Localitat
Província				País

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

Organisme pagador	Import íntegre
TOTAL	

2.- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.

3.- **AUTORITZO MUFACE (1)** a recaptar electrònicament a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015 d'1 d'octubre) les dades d'identitat, residència, Agència Estatal Administració Tributària, IMSERSO, Comunidad Autònoma i uns altres rellevants per a la resolució de l'ajuda, sense perjudici de poder revocar la meua autorització en qualsevol moment mitjançant escrit dirigit a MUFACE i s'autoritza a aquesta mutualitat a recaptar electrònicament les dades de pensions i prestacions públiques (GISS) en el Registre de Prestacions Socials Públiques (RPSP) mitjançant consentiment de les persones afectades.

LLOC, DATA i FIRMA DEL SOL-LICITANT, o del seu representant, degudament acreditat (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre del PAC de les AAPP)

(1) ALTRES PERSONES QUE CONVIUEN AMB EL TITULAR SOL-LICITANT, QUE, CAS DE FIRMAR, PRESTEN AUTORITZACIÓ

PARENTIU AMB EL SOL-LICITANT	COGNOMS I NOM	NIF	FIRMA
CÒNJUGE O ASSIMILAT			

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: <http://www.muface.es/proteccion-de-datos> Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: DPDMuface@muface.es

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT

<p align="center">MODALITAT D'AJUDA <i>(Seccioneu modalitat/s)</i></p>	<p align="center">DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR</p> <p>Els documents justificatius aportats a MUFACE per a la sol·licitud de les ajudes, en el cas de ser documents públics elaborats per qualsevol Administració, s'han d'ajustar al que disposa la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, d'acord amb el que estableix l'article 28.3 en el qual com a principi general es disposa que les administracions no han d'exigir documents originals en els seus procediments administratius.</p>
<input type="checkbox"/> Copagament farmacèutic	<p>No serà necessària la justificació documental de la despesa farmacèutica, dada que s'incorporarà a l'expedient per MUFACE.</p>
<p align="center"><u>DESPESES</u></p> <input type="checkbox"/> Despeses de caràcter urgent en casos d'importància extraordinària, degudament justificada.	<input checked="" type="checkbox"/> Factura de les despeses de caràcter urgent. <input checked="" type="checkbox"/> Altres documents que acreditin els fets origen de les despeses de caràcter urgent. <input checked="" type="checkbox"/> Declaració responsable de la situació sociofamiliar i d'habitatge, acompanyada, si escau, de tot aquell document que es consideri apropiat per acreditar l'estat o situació de necessitat.
<input type="checkbox"/> Atenció a despeses familiars ordinàries de caràcter general, si existeix insuficiència d'ingressos en la unitat de convivència per atendre-ls.	<p align="center"><u>Despeses familiars ordinàries de caràcter general</u></p> <p>No serà precisa la justificació documental de les despeses familiars ordinàries de caràcter general.</p>
<p align="center"><u>INSUFICIÈNCIA DE PRESTACIONS</u></p> <input type="checkbox"/> Tractament psiquiàtric mitjançant internament o en règim ambulatori, no cobert per les prestacions sanitàries ni sociosanitàries.	<input checked="" type="checkbox"/> Factura de la despesa. <input checked="" type="checkbox"/> Informe de metge concertat justificatiu de la necessitat de l'internament o tractament psiquiàtric, o del desplaçament per rebre assistència o de la necessitat del tractament o intervenció quirúrgica.
<input type="checkbox"/> Despeses de desplaçament per rebre assistència sanitària, quan no han de ser cobertes ni per l'Entitat Mèdica ni per MUFACE, segons les normes d'Assistència Sanitària.	
<input type="checkbox"/> Tractament mèdic o intervenció quirúrgica especial de caràcter excepcional per un determinat facultatiu.	
<input type="checkbox"/> Situació d'Incapacitat Temporal, sense dret al subsidi corresponent per no assolir el període de carència.	<input checked="" type="checkbox"/> Certificat de la Unitat Pagadora, acreditatiu de les retribucions en el primer mes de llicència i de la data de baixa en la percepció de les retribucions complementàries.
<p align="center"><i>En cas d'estar subjecte a l'IRPF per Hisendes Forals</i></p> <input type="checkbox"/> Declaració de l'IRPF o, si escau, de la comunicació emesa o de la liquidació girada a l'efecte de devolució, per la Hisenda Foral (referida a dos anys anteriors a la data de sol·licitud).	
<input type="checkbox"/> Certificació de la Hisenda Foral acreditativa de no haver presentat declaració de l'Impost i de les imputacions íntegres d'ingressos que constin en aquesta Administració; així com declaració responsable relativa als altres ingressos que no figurin en l'esmentada certificació.	
<p>Per als casos en què procedeixi:</p> <input type="checkbox"/> Declaració responsable de pensions o prestacions exemptes a tributació per I.R.P.F., si escau, referida a 2 anys anteriors a la data de sol·licitud.	
<p><i>Aquesta documentació ha de fer referència a tots els membres de la unitat de convivència.</i></p>	