

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
(Axudas de protección sociosanitaria)

(Nome e apelidos):.....,  
N.I.F.:....., no meu nome ou en representación <sup>(1)</sup> de (nome e apelidos).....  
.....  
Nº de afiliación a MUFACE ..... , N.I.F.: .....

**DECLARO**, baixo a miña responsabilidade que,

1º.- En relación coa solicitude a MUFACE, da axuda de .....  
para D./ D<sup>a</sup>.: .....  
con D.N.I. nº....., incluída no programa de .....

.....  
obxecto da Resolución do 21 de marzo de 2024, pola que se convoca a concesión de axudas de protección sociosanitaria durante o ano 2024, y en relación con los epígrafes 2.3 y 2.8 de dicha Resolución, a miña situación é a seguinte (marque cunha  o que corresponda):

A.- Non teño a posibilidade de acceder a Plans de Acción Social por estar xubilado/a ou ser declarado/a pensionista por incapacidade permanente ou atoparme noutra situación que mo impide (especificar cal):  
.....

B.- No meu centro de destino aínda non se convocaron ou resolveron as axudas do Plan de Acción Social referidas ao exercicio 2024.

C.- No Plan de Acción Social para 2024 que me corresponde polo meu destino, non existe ou non me foi concedida unha modalidade de axuda destinada á mesma finalidade e ao mesmo suxeito e feito causante.

D.- No Plan de Acción Social para 2024 que me corresponde polo meu destino, solicitei unha modalidade de axuda destinada á mesma finalidade e ao mesmo suxeito e feito causante.

E.- No Plan de Acción Social para 2024 que me corresponde polo meu destino obtiven unha axuda, por importe de .....euros, para unha modalidade na que coinciden finalidade, suxeito e o feito causante cá que solicito a MUFACE.

F.- O Plan de Acción Social para 2024 que me corresponde polo meu destino, ten limitado o número de axudas ás que está permitido optar e non me foi concedida unha axuda para o mesmo fin e feito causante que o previsto na axuda sociosanitaria de MUFACE.

G.- Outras situacións (especificar):.....  
.....

2º - Para os casos B, C, D, E, F, o G, me comprométoe a presentar a MUFACE a certificación da Comisión de Acción Social ou órgano equivalente, acreditando a circunstancia que corresponda a cada caso, no prazo de 10 días hábiles dende a súa recepción e a reintegrar a MUFACE o importe que esta me tivese concedido, na contía que sexa coincidente coa obtida polo Plan de Acción Social.

3º.- Coas anteriores manifestacións, cumpro cun dos requisitos para que a miña solicitude da devandita axuda admítase a trámite.

4º.- Outras circunstancias que se consideran de interese para a solicitude desta axuda son as que se especifican a continuación:  
.....  
.....

5º.- Todos os datos consignados son certos e completos. Coñezo as posibles consecuencias negativas que se derivarían da falsidade das miñas declaracións, consecuencias que se atopan descritas na Resolución da convocatoria e na restante normativa aplicable.

Para que así conste, aos efectos da miña solicitude de axuda de MUFACE, asino a presente declaración en..... a ..... de ..... de .....

Asdo.:

(1) A representación deberá estar debidamente acreditada conforme ao artigo 5 Lei 39/2015, de 1 de outubro.