

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

SOLICITUD DE AYUDA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELÍACA

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

2	DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento de beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA					4	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta		Domicilio: Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>	Calle, plaza y número	
					Código postal	Localidad			
					Provincia	País			

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en 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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1. Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
2. Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
3. Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de la convocatoria.

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

5	DOCUMENTACIÓN APORTADA	
	<i>Siempre, la señalada con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, la señalada con <input type="checkbox"/>, marcándola con "X".</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Informe del facultativo perteneciente a la entidad concertada o Servicio Público de Salud al que esté adscrita la persona causante en el que acredite la enfermedad celíaca padecida por la persona beneficiaria, según modelo disponible en la página web de MUFACE. Estarán exentas de la presentación de dicho informe las personas a las que se concedió la ayuda por este programa en la convocatoria del año 2023.		
<input type="checkbox"/> Otra documentación:		

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/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

DILIGENCIA

Sólo se rellenará y cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en la persona titular o, en su caso, en la persona beneficiaria, las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se ha comprobado que los datos de la persona titular y, en su caso, de la persona beneficiaria de la presente solicitud:

- Reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación.
- No reunía/n las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación, por.....

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

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

"Vistos la presente solicitud, los antecedentes, la documentación aportada y el informe médico así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles de la ayuda solicitada para personas con enfermedad celíaca, por importe máximo de _____ euros/año, o (en caso de prorrata) de _____ euros/día x _____ nº de días _____ euros.

LA DENEGACIÓN, por

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

PAGO, EN SU CASO, CONFORME:

Notifíquese, y sólo en caso de aportar justificantes, dispóngase el pago.

, a de de
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Fdo.:

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

SOLICITUD DE AYUDA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELÍACA

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

2	DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento de beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA					4	DATOS DE NOTIFICACIÓN			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta		Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>
						Calle, plaza y número				
						Código postal		Localidad		
						Provincia			País	

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en 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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1. Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
2. Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
3. Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de la convocatoria.

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

5	DOCUMENTACIÓN APORTADA	
	<i>Siempre, la señalada con <input checked="" type="checkbox"/>. En su caso, la señalada con <input type="checkbox"/>, marcándola con "X".</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Informe del facultativo perteneciente a la entidad concertada o Servicio Público de Salud al que esté adscrita la persona causante en el que acredite la enfermedad celíaca padecida por la persona beneficiaria, según modelo disponible en la página web de MUFACE. Estarán exentas de la presentación de dicho informe las personas a las que se concedió la ayuda por este programa en la convocatoria del año 2023.		
<input type="checkbox"/> Otra documentación:		

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/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO