

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

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 01/01/2024 con relación de parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado. Detalle de las personas que conviven en el domicilio del/de la solicitante:		
	Cónyuge o persona asimilada al/a la cónyuge	Nº de hijos	Nº de otros familiares De entre todos ellos, nº de personas con discapacidad
DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA		DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA	
IMPORTE SOLICITADO:..... €		IBAN	Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta
DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumplimentar vo luntariamente)			
Domicilio:	Particular	Laboral	Otro domicilio
			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	
TOTAL			
2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.			
3.- Autorizo a MUFACE (1) a recabar electrónicamente los datos del IRPF a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE y a recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP)			
LUGAR, FECHA y FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre)			
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.			
(1) OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE, QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTAN AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
CÓNYUGE O ASIMILADO/A			
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/la Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.			
Más información: http://www.muface.es/protecciondedatos y Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad			
MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO			

MODALIDAD DE AYUDA <i>(Seleccione modalidad/es)</i>	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR <i>(por cada modalidad) * :</i>
COPAGO FARMACEÚTICO	No será precisa la justificación documental del gasto farmacéutico, dato que se incorporará al expediente por MUFACE.

GASTOS

Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura de los gastos de carácter urgente. 2. Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos de carácter urgente. 3. 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.
Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.	✓ 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.

INSUFICIENCIA DE PRESTACIONES

<p>Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias.</p> <p>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.</p> <p>Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un/a determinado/a facultativo/a.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Factura del gasto. 2.- Informe de médico/a concertado/a justificativo de la necesidad del internamiento o tratamiento psiquiátrico, del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria o de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica
Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.	✓ 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.

* 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 Ley39/2015, de 1 de octubre por lo que, de acuerdo con lo establecido en su artículo 28.3 como principio general que las administraciones no exigirán documentos originales en los procedimientos administrativos.

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



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

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 01/01/2024 con relación de parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado. Detalle de las personas que conviven en el domicilio del/de la solicitante:		
	Cónyuge o persona asimilada al/a la cónyuge	Nº de hijos	Nº de otros familiares De entre todos ellos, nº de personas con discapacidad
DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA		DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA	
IMPORTE SOLICITADO:..... €		IBAN	Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta
DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumplimentar voluntariamente)			
Domicilio:	Particular	Laboral	Otro domicilio
			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	
TOTAL			
2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.			
3.- Autorizo a MUFACE (1) a recabar electrónicamente los datos del IRPF a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE y a recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas.			
LUGAR, FECHA y FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre)			
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.			
(1) OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE, QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTAN AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
CÓNYUGE O ASIMILADO/A			
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/la Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.			
Más información: http://www.muface.es/protecciondedatos y Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad			
MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO			

MODALIDAD DE AYUDA <i>(Seleccione modalidad/es)</i>	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR <i>(por cada modalidad) * :</i>
COPAGO FARMACEÚTICO	No será precisa la justificación documental del gasto farmacéutico, dato que se incorporará al expediente por MUFACE.

GASTOS

Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura de los gastos de carácter urgente. 2. Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos de carácter urgente. 3. 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.
Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.	<input checked="" type="checkbox"/> 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.

INSUFICIENCIA DE PRESTACIONES

<p>Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias.</p> <p>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.</p> <p>Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un/a determinado/a facultativo/a.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Factura del gasto. 2.- Informe de médico/a concertado/a justificativo de la necesidad del internamiento o tratamiento psiquiátrico, del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria o de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica
Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.	<input checked="" type="checkbox"/> 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.

* 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 Ley39/2015, de 1 de octubre por lo que, de acuerdo con lo establecido en su artículo 28.3 como principio general que las administraciones no exigirán documentos originales en los procedimientos administrativos.

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.