



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

## SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA Y OTRAS ADICCIONES

<b>1</b>	<b>DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE</b>				
	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/Documento de Identidad (UE)	
Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____					

<b>2</b>	<b>DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN</b>		
	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/Documento de Identidad (UE)

<b>3</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>					<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> (a rellenar voluntariamente)			
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta/libreta		Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>
Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ___/___/_____					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).*

<b>6</b>	<b>DOCUMENTACIÓN APORTADA</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Informe psicológico o médico actualizado de la persona especialista que atiende al paciente, que incluya el juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir tratamiento integral de la misma (modelo DPS-34402, de MUFACE).
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificado expedido por terapeuta individual especializado o bien por la dirección del Centro (epígrafe 2.5.4 de la Convocatoria).

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 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:

"Vista la presente solicitud, la documentación aportada, los antecedentes, así como la normativa aplicable, se acuerda:

- LA APROBACIÓN, de la solicitud de ayuda para atención a la drogodependencia y otras adicciones de 250,00 euros mensuales, de acuerdo con la correspondiente convocatoria

FECHA EFECTOS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

- 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 ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA Y OTRAS ADICCIONES

<b>1</b>	<b>DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE</b>				
	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/Documento de Identidad (UE)	
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

<b>2</b>	<b>DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN</b>		
	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/Documento de Identidad (UE)

<b>3</b>	<b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b>					<b>5</b>	<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b> (a rellenar voluntariamente)		
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta/libreta		Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____					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).*

<b>6</b>	<b>DOCUMENTACIÓN APORTADA</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Informe psicológico o médico actualizado de la persona especialista que atiende al paciente, que incluya el juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir tratamiento integral de la misma (modelo DPS-34402, de MUFACE).
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
	<input checked="" type="checkbox"/>	Certificado expedido por terapeuta individual especializado o bien por la dirección del Centro (epígrafe 2.5.4 de la Convocatoria).

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**