

DECLARACIÓ RESPONSABLE
(Ajuts de protecció sociosanitària)

(Nom i cognoms):.....

NIF:....., en el meu nom o en representació ⁽¹⁾ de (nom i cognoms)

Núm. d'afiliació a MUFACE, NIF:,

DECLARO, sota la meua responsabilitat que,

1r- En relació amb la sol·licitud a MUFACE, d'**ajut per a l'atenció a persones amb malaltia psiquiàtrica crònica** per al/a la senyor/a:

.....
amb DNI núm....., inclosa en el programa de l'epígraf 4, objecte de la Resolució de 21 de abril de 2025, per la qual es convoca la concessió d'ajuts de protecció sociosanitària durant l'any 2025, i en relació amb els epígrafs 4.1 i 4.3 de l'esmentada Resolució, compleixo amb els següents requisits (marqueu el que calgui):

☐ A.- No tinc dret a assistència sanitària per a aquesta contingència.

☐ B.- No tinc coberta la prestació per altres vies, ni cobro ajuts per al mateix concepte per part d'altres organismes públics.

2n- Altres circumstàncies que es consideren d'interès per a la sol·licitud d'aquest ajut són les que se especifiquen a continuació:

.....
.....

3r- Totes les dades consignades són certes i completes. Conec les possibles conseqüències negatives que es derivarien de la falsedat de les meves declaracions, conseqüències que es troben descrites en la Resolució de convocatòria i a la resta de normativa aplicable.

I per a que així consti, a efectes de la meua sol·licitud d'ajut de MUFACE, signo aquesta declaració ad.....de.....

Signat:

(1) La representació haurà d'estar degudament acreditada conforme al art. 5 Llei 39/2015.