

DECLARACIÓ RESPONSABLE
(Ajuts de protecció sociosanitària)

(Nom i cognoms):.....

N.I.F.:....., en el meu nom o en representació (1) de (nom i cognoms).....

Núm. d'afiliació a MUFACE, N.I.F.:,

DECLARO, sota la meua responsabilitat que,

1r.- En relació amb la sol·licitud a MUFACE, d'ajut de

per al/la Sr./ Sra.:.....

amb D.N.I. núm....., inclòs/a en el programa de

objecte de la Resolució de 21 de abril de 2025, per la qual es convoca la concessió de ajuts de protecció sociosanitària durant l'any 2025, i en relació amb els epígrafs 2.3 y 2.8 d'aquesta Resolució, la meua situació és la següent (marqueu amb un ☒ el que correspongui):

☐ A.- No tinc la possibilitat d'accedir a Plans d'Acció Social per estar jubilat/jubilada o haver estat declarat/declarada pensionista per incapacitat permanent o trobar-me en una altra situació que m'ho impedeix (especifiqueu-la):

☐ B.- En el meu centre de destinació encara no s'han convocat o resolt els ajuts del Pla d'Acció Social referits a l'exercici 2025.

☐ C.- En el Pla d'Acció Social per al 2025 que em correspon per la meua destinació, no existeix o no m'ha estat concedida una modalitat d'ajut destinat a la mateixa finalitat i al mateix subjecte i fet causant.

☐ D.- En el Pla d'Acció Social per al 2025 que em correspon per la meua destinació, he sol·licitat una modalitat d'ajut destinat a la mateixa finalitat i al mateix subjecte i fet causant.

☐ E.- En el Pla d'Acció Social per al 2025 que em correspon per la meua destinació he obtingut un ajut, per import deeuros, per a una modalitat en què coincideixen la finalitat, el subjecte i el fet causant amb la que sol·licito a MUFACE.

☐ F.- El Pla d'Acció Social per a 2025 que em correspon per a la meua destinació, té limitat el nombre d'ajuts als que està permès optar i no m'ha sigut concedit un ajut per a la mateixa finalitat i fet causant que el previst a l'ajut sociosanitari de MUFACE.

☐ G.- Altres situacions (especifiqueu):.....

2n.- Per als casos B, C, D, E, F o G, em comprometo a presentar a MUFACE la certificació de la Comissió d'Acció Social o òrgan equivalent, acreditant la circumstància que correspongui a cada cas, en el termini de 10 dies hàbils des de la seva recepció i a reintegrar a MUFACE l'import que aquesta m'hagués concedit en la quantia que sigui coincident amb l'obtinguda pel Pla d'Acció Social..

3º.- Amb les anteriors manifestacions, compleixo un dels requisits perquè la meua sol·licitud de l'esmentat ajut sigui admès a tràmit.

4º.- Altres circumstàncies que es consideren d'interès per a la sol·licitud d'aquest ajut són les que s'especifiquen a continuació:

.....

5º.- 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 la resta de normativa aplicable.

I per a que així consti, a l'efecte de la meua sol·licitud d'ajut a MUFACE, firmo aquesta declaració

..... a d de

Fdo.:

(1) La representació haurà d'estar degudament acreditada conforme a l'article 5 Llei 39/2015, d' 1 d'octubre, del PAC de les AAPP.