



**SOLICITUD DE AYUDAS PARA
PERSONAS CON ENFERMEDAD
ONCOLÓGICA**

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/D. Identificación (UE)
☐ Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos. Dirección de correo electrónico: _____@_____			

DATOS DE LA PERSONA CAUSANTE

(si fuese la persona titular solicitante, indíquese "la misma")

NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)	Apellidos y nombre	NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)
--------------------------------------	--------------------	--------------------------------------

AYUDA SOLICITADA

Prótesis capilar, gorro, pañuelo o turbante oncológico.

Sujetador/es postmastectomía, postumorectomía u otros de análoga naturaleza.

Productos de dermocosmética oncológica no financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Tratamientos de micropigmentación y/o microblading oncológicos de cejas y pestañas.

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN BANCO SUCURSAL D.C Nº CUENTA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)

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 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 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).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE

- Informe médico actualizado que acredite la enfermedad padecida por la persona beneficiaria que describa las secuelas de los tratamientos aplicados que justifican la necesidad de las adquisiciones y tratamientos objeto de esta ayuda según impreso DPS 34702 disponible en la página web de MUFACE.
- Certificado de que el Centro donde se realicen los tratamientos a los que se refiere el apartado 8.2.d) de este programa cumple con los requisitos legales para realizar los mismos.
- Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- Certificación de la Comisión Acción Social, documento administrativo similar o declaración responsable (impreso DPS 34916).

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 en los apartados "[Privacidad y protección de datos](#)" y "[Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad](#)" de la página web de MUFACE

SOLICITUD DE AYUDAS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE

Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
País	Teléfono	Fecha de nacimiento	Provincia
			NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)

☐ Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos.
Dirección de correo electrónico: _____@_____

DATOS DE LA PERSONA CAUSANTE

(si fuese la persona titular solicitante, indíquese "la misma")

NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)	Apellidos y nombre	NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)
--------------------------------------	--------------------	--------------------------------------

AYUDA SOLICITADA

Prótesis capilar, gorro, pañuelo o turbante oncológico.

Sujetador/es postmastectomía, postumorectomía u otros de análoga naturaleza.

Productos de dermocosmética oncológica no financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Tratamientos de micropigmentación y/o microblading oncológicos de cejas y pestañas.

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN BANCO SUCURSAL D.C N° CUENTA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)

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 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 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).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE

- Informe médico actualizado que acredite la enfermedad padecida por la persona beneficiaria que describa las secuelas de los tratamientos aplicados que justifican la necesidad de las adquisiciones y tratamientos objeto de esta ayuda según impreso DPS 34702 disponible en la página web de MUFACE.
- Certificado de que el Centro donde se realicen los tratamientos a los que se refiere el apartado 8.2.d) de este programa cumple con los requisitos legales para realizar los mismos.
- Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- Certificación de la Comisión Acción Social, documento administrativo similar o declaración responsable (impreso DPS 34916).

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 en los apartados "[Privacidad y protección de datos](#)" y "[Delegado/a de Protección de Datos de la Mutuality](#)" de la página web de MUFACE