



**SOL·LICITUD D'AJUTS PER A
PERSONES AMB MALALTIA
ONCOLÒGICA**

DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número	Codi postal	Localitat	Província
País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/Document Identitat (UE)
Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics . Adreça de correu electrònic: _____ @ _____			

DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/Document Identitat (UE)	Cognoms	Nom
---------------------------------------	---------	-----

AJUT SOL·LICITAT

Pròtesis capil·lar, gorra, mocador o turbant oncològic.
Sostenidor postmastectomia, postmorectomia o altres d'anàloga naturala.
Productes de dermocosmètica oncològica no finançats pel Sistema Nacional de Salut (SNS)).
Tractaments de micropigmentació i/o microblading oncològics de cel·les i pestanyes.

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN BANC SUCURSAL DC Nº COMPTA

DADES DE NOTIFICACIÓ (a emplenar voluntàriament)

Carrer, plaça i número

Codi Postal

Localitat

Província

País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementària que em demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajut o en les seves incompatibilitats.
- Conec el règim d'incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit a la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant,
degudament acreditat (art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre).

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Informe mèdic actualitzat que acrediti la malaltia patida per la persona beneficiària i que descrigui les seqüeles dels tractaments aplicats que justifiquen la necessitat de les adquisicions i els tractaments objecte d'aquesta ajuda segons imprès DPS 34702 disponible a la pàgina web de MUFACE.
- Certificat que el Centre on es realitzen els tractaments als quals es refereix l'apartat 8.2.d) d'aquest programa compleix amb els requisits legals per a realitzar-los.
- Factura/es que haurà/n de reunir els requisits legals i reglamentàriament exigibles.
- Certificació de la Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable (imprès DPS 34916).

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" i "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .



**SOL·LICITUD D'AJUTS PER A
PERSONES AMB MALALTIA
ONCOLÒGICA**

DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número	Codi postal	Localitat	Província
País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/Document Identitat (UE)
Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics . Adreça de correu electrònic: _____ @ _____			

DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/Document Identitat (UE)	Cognoms	Nom
---------------------------------------	---------	-----

AJUT SOL·LICITAT

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

Pròtesis capil·lar, gorra, mocador o turbant oncològic.
Sostenidor postmastectomia, postumorectomia o altres d'anàloga naturala.
Productes de dermocosmètica oncològica no finançats pel Sistema Nacional de Salut (SNS)).
Tractaments de micropigmentació i/o microblading oncològics de cel·les i pestanyes.

IBAN BANC SUCURSAL DC Nº COMPTA

DADES DE NOTIFICACIÓ (a emplenar voluntàriament)

Carrer, plaça i número

Codi Postal

Localitat

Província

País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementària que em demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajut o en les seves incompatibilitats.
- Conec el règim d'incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit a la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant,
degudament acreditat (art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre).

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Informe mèdic actualitzat que acrediti la malaltia patida per la persona beneficiària i que descrigui les seqüeles dels tractaments aplicats que justifiquen la necessitat de les adquisicions i els tractaments objecte d'aquesta ajuda segons imprès DPS 34702 disponible a la pàgina web de MUFACE.
- Certificat que el Centre on es realitzen els tractaments als quals es refereix l'apartat 8.2.d) d'aquest programa compleix amb els requisits legals per a realitzar-los.
- Factura/es que haurà/n de reunir els requisits legals i reglamentàriament exigibles.
- Certificació de la Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable (imprès DPS 34916).

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprobat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" i "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .