



**SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN  
A PERSOAS CON ENFERMIDADE  
PSIQUIÁTRICA CRÓNICA**

**DATOS DA PERSONA TITULAR SOLICITANTE**

|                                                                                                                                                        |                  |                   |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|------------------------------------|
| Número de afiliación                                                                                                                                   | Primeiro apelido | Segundo apelido   | Nome                               |
| Domicilio: rúa ou praza e número                                                                                                                       | Código postal    | Localidade        | Provincia                          |
| País                                                                                                                                                   | Teléfono         | Data de nacemento | NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.) |
| Consinto que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos:<br>Dirección de correo electrónico : _____ @ _____ |                  |                   |                                    |

**DATOS DA PERSOA CAUSANTE**

(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")

|                                    |          |      |
|------------------------------------|----------|------|
| NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.) | Apelidos | Nome |
|------------------------------------|----------|------|

**DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA**

**DATOS DE NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)**

|                                                                                               |       |          |     |          |                                  |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-----|----------|----------------------------------|------------|
| IBAN                                                                                          | BANCO | SUCURSAL | D.C | Nº CONTA | Domicilio: rúa ou praza e número |            |
| Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos:<br>DIA / MES / ANO |       |          |     |          | Código postal                    | Localidade |
|                                                                                               |       |          |     |          | Provincia                        | País       |

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifesta-la súa oposición expresa e xustificadamente, tal como se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

**DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:**

- 1.- O custo da praza que ocupa a persoa beneficiaria non está subvencionado con fondos públicos.
- 2.- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.
- 3.- Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
- 4.- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante  
debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015)

**DOCUMENTACION QUE DEBE ACHEGARSE**

- Informe actualizado do persoal facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza segun do impreso DPS 34202 dispoñible na páxina web de MUFACE, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.
- Certificado acreditativo que o hospital, centro ou unidade psiquiátrica de internamento estea recoñecido oficialmente pola Administración Pública competente e que a persoa beneficiaria ocupa praza psiquiátrica.
- Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción pola persoa mutualista ou beneficiaria de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor/a Médico/a provincial.
- Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia (impreso DPS 34203).
- Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.
- Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento xeral de protección de datos persoais) e a Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento cómpre para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos funcionarios civís do Estado (aprobado polo Real decreto lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer-los seus dereitos en materia de protección de datos ante o/a director/a do Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE

**MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO**

| DATOS DA PERSONA TITULAR SOLICITANTE                                                                |                  |                   |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|------------------------------------|
| Número de afiliación                                                                                | Primeiro apelido | Segundo apelido   | Nome                               |
| Domicilio: rúa ou praza e número                                                                    |                  | Código postal     | Localidade                         |
| País                                                                                                | Teléfono         | Data de nacemento | NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.) |
| Consinto que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos: |                  |                   |                                    |
| Dirección de correo electrónico : _____ @ _____                                                     |                  |                   |                                    |

| DATOS DA PERSOA CAUSANTE<br>(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma") |          |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)                                                    | Apelidos | Nome |

| DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA                                                      |       |          |     |          | DATOS DE NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente) |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-----|----------|-----------------------------------------------------|------------|
| IBAN                                                                                          | BANCO | SUCURSAL | D.C | Nº CONTA | Domicilio: rúa ou praza e número                    |            |
| Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos:<br>DIA / MES / ANO |       |          |     |          | Código postal                                       | Localidade |
|                                                                                               |       |          |     |          | Provincia                                           | País       |

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifesta-la súa oposición expresa e xustificadamente, tal como se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

**DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:**

- 1.- O custo da praza que ocupa a persoa beneficiaria non está subvencionado con fondos públicos.
- 2.- Todos os datos consignados nesta solicitude son certos e completos.
- 3.- Comprométome a facilitarlle a MUFACE a documentación complementaria que me solicite e a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
- 4.- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se encontra descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante  
debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015)

| DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informe actualizado do persoal facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza segun do impreso DPS 34202 dispoñible na páxina web de MUFACE, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.</li> <li>➤ Certificado acreditativo que o hospital, centro ou unidade psiquiátrica de internamento estea recoñecido oficialmente pola Administración Pública competente e que a persoa beneficiaria ocupa praza psiquiátrica.</li> <li>➤ Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción pola persoa mutualista ou beneficiaria de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor/a Médico/a provincial.</li> <li>➤ Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia (impreso DPS 34203) .</li> <li>➤ Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.</li> <li>➤ Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).</li> </ul> |

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento xeral de protección de datos persoais) e a Lei orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar prestacións sociais no réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento cómpre para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos funcionarios civís do Estado (aprobado polo Real decreto lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer-los seus dereitos en materia de protección de datos ante o/a director/a do Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE