



## SOL·LICITUD D'AJUTS PER A PERSONES AMB MALALTIA CELIACA

|                                                                                                                                                      |                                                 |               |              |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------------------------|
| 1                                                                                                                                                    | <b>DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT</b> |               |              |                                 |
|                                                                                                                                                      | Número d'afiliació                              | Primer cognom | Segon cognom | Nom                             |
|                                                                                                                                                      | Domicili: carrer o plaça i número               |               | Codi postal  | Localitat                       |
|                                                                                                                                                      | País                                            |               | Telèfon      | Data de naixement<br>__/__/____ |
|                                                                                                                                                      | NIF/Passaport/Document Identitat (UE)           |               |              |                                 |
| Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____ |                                                 |               |              |                                 |

|   |                                                          |                                                                             |                                       |
|---|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 2 | <b>DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE LA PRESTACIÓ</b>  |                                                                             |                                       |
|   | Número d'ordre en el document de la persona beneficiària | Cognoms i nom (si fos la pròpia persona titular, indiqueu "El/La mateix/a") | NIF/Passaport/Document Identitat (UE) |

|   |                                                |                  |          |    |   |                                                         |           |                                     |                                  |                                 |
|---|------------------------------------------------|------------------|----------|----|---|---------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 3 | <b>DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA</b> |                  |          |    | 4 | <b>DADES DE NOTIFICACIÓ (A emplenar voluntàriament)</b> |           |                                     |                                  |                                 |
|   | IBAN                                           | Entitat bancària | Sucursal | DC |   | Número de compte/líbre                                  | Domicili: | Particular <input type="checkbox"/> | Laboral <input type="checkbox"/> | Altres <input type="checkbox"/> |
|   |                                                |                  |          |    |   | 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 QUE:

- Que totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Que 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.
- Que conec el règim de incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit en la resolució de convocatòria.

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

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <b>DOCUMENTACIÓ APORTADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|   | <p><i>Sempre, els assenyalats amb <input checked="" type="checkbox"/>. Si s'escau, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/>, l'heu de marcar amb "X".</i></p> <p>Informe del facultatiu pertanyent a l'entitat concertada o Servei Públic de Salut al qual estigui adscrita la persona causant en què acreditat la malaltia celíaca patida per la persona beneficiària, segons model disponible a la pàgina web de MUFACE.</p> <p>Estaran exemptes de la presentació del dit informe les persones a qui es va concedir l'ajuda per aquest programa a la convocatòria de l'any 2023.</p> <p>Altres documentació: .....</p> |

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). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: <http://www.muface.es/protecciondedatos>. Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat.

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

**DILIGÈNCIA**

*Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada per manca en el titular o, si s'escau en el beneficiari, les condicions d'afiliació necessàries per a tenir dret a la prestació..*

S'ha comprovat que les dades del titular i, si s'escau del beneficiari de la present sol·licitud:

- ☐ Reunia/en les condicions d'afiliació i alta necessàries per a la prestació.
- ☐ No reunia/en les condicions d'afiliació i alta necessàries per a la prestació, per.....

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de  
EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,

**PROPOSTA DE RESOLUCIÓ**

Es proposa la resolució següent:

Vistos la present sol·licitud, els antecedents, la documentació aportada i l'informe mèdic així com la normativa aplicable, acordo:

☐ APROVAR-LA, per reunir els requisits exigibles per a persones amb malaltia celíaca,  
per import màxim de \_\_\_\_\_ euros/any, o (en cas de prorata) de \_\_\_\_\_ euros/dia x \_\_\_\_\_ núm. de dies  
\_\_\_\_\_ euros.

☐ DENEGAR-LA, per

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de  
EL/LA CAP DE PRESTACIONS,

**PAGUEU, SI ESCAU, CONFORME:**

Notifiqueu-la, i només en cas d'aportar justificants, disposeu el pagament.

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de  
PER DELEGACIÓ DE LA DIRECCIÓ GENERAL DE MUFACE EL/LA  
DIRECTOR/A PROVINCIAL

Signat.:

**MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT**



## SOL·LICITUD D'AJUTS PER A PERSONES AMB MALALTIA CELIACA

|                                                                                                                                                      |                                                 |               |              |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------------------------|
| 1                                                                                                                                                    | <b>DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT</b> |               |              |                                 |
|                                                                                                                                                      | Número d'afiliació                              | Primer cognom | Segon cognom | Nom                             |
|                                                                                                                                                      | Domicili: carrer o plaça i número               |               | Codi postal  | Localitat                       |
|                                                                                                                                                      | País                                            |               | Telèfon      | Data de naixement<br>__/__/____ |
|                                                                                                                                                      | NIF/Passaport/Document Identitat (UE)           |               |              |                                 |
| Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____ |                                                 |               |              |                                 |

|   |                                                          |                                                                             |                                       |
|---|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 2 | <b>DADES DE LA PERSONA BENEFICIÀRIA DE LA PRESTACIÓ</b>  |                                                                             |                                       |
|   | Número d'ordre en el document de la persona beneficiària | Cognoms i nom (si fos la pròpia persona titular, indiqueu "El/La mateix/a") | NIF/Passaport/Document Identitat (UE) |

|   |                                                |                  |          |    |   |                                                         |           |                                     |                                  |                                 |
|---|------------------------------------------------|------------------|----------|----|---|---------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 3 | <b>DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA</b> |                  |          |    | 4 | <b>DADES DE NOTIFICACIÓ (A emplenar voluntàriament)</b> |           |                                     |                                  |                                 |
|   | IBAN                                           | Entitat bancària | Sucursal | DC |   | Número de compte/líbreta                                | Domicili: | Particular <input type="checkbox"/> | Laboral <input type="checkbox"/> | Altres <input type="checkbox"/> |
|   |                                                |                  |          |    |   | 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 QUE:

- Que totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i completes.
- Que 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.
- Que conec el règim de incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit en la resolució de convocatòria.

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

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>DOCUMENTACIÓ APORTADA</b>                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | Sempre, els assenyalats amb <input checked="" type="checkbox"/> . Si s'escau, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/> , l'heu de marcar amb "X". |  |
| Informe del facultatiu pertanyent a l'entitat concertada o Servei Públic de Salut al qual estigui adscrita la persona causant en què acreditat la malaltia celíaca patida per la persona beneficiària, segons model disponible a la pàgina web de MUFACE. |                                                                                                                                                    |  |
| Estaran exemptes de la presentació del dit informe les persones a qui es va concedir l'ajuda per aquest programa a la convocatòria de l'any 2023.                                                                                                         |                                                                                                                                                    |  |
| Altres documentació: .....                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                    |  |

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). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: <http://www.muface.es/protecciondedatos>. Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat.

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**