



**SOLICITUD DE AYUDA PARA
PERSONAS CON ENFERMEDAD
CELÍACA**

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 DE LA PRESTACIÓN

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

NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)	Apellidos	Nombre
Indique si ha percibido ayuda por este programa en la convocatoria de 2024: SÍ NO		

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)

IBAN	CÓD. BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	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.
3. Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de la 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 del facultativo perteneciente a la entidad concertada o Servicio Público de Salud al que esté adscrita la persona causante en el que acredite la enfermedad celíaca padecida por la persona beneficiaria, según impreso DPS 34602 disponible en la página web de MUFACE.

(Estarán exentas de la presentación de dicho informe las personas a las que se concedió la ayuda por este programa en la convocatoria del año anterior)

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 AYUDA PARA
PERSONAS CON ENFERMEDAD
CELÍACA**

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 DE LA PRESTACIÓN

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

NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)	Apellidos	Nombre
Indique si ha percibido ayuda por este programa en la convocatoria de 2024: SÍ NO		

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)

IBAN	CÓD. BANCO	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA	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.
3. Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de la 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 del facultativo perteneciente a la entidad concertada o Servicio Público de Salud al que esté adscrita la persona causante en el que acredite la enfermedad celíaca padecida por la persona beneficiaria, según impreso DPS 34602 disponible en la página web de MUFACE.
- (Estarán exentas de la presentación de dicho informe las personas a las que se concedió la ayuda por este programa en la convocatoria del año anterior)

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