



MINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA Y OTRAS ADICCIONES

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, indíquese "la misma")

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

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)

IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	Calle, plaza y número	
Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: DIA / MES / AÑO					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 (art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE

- Informe psicológico o médico actualizado de la persona especialista que atiende al paciente, que incluya el juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir tratamiento integral de la misma, según impreso DPS-34402 disponible en la página web de MUFACE).
- Certificado expedido por terapeuta individual especializado o por la dirección del Centro (epígrafe 5.4.2 de la Convocatoria).
- Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- Certificación de la Comisión Acción Social o 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

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

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, indíquese "la misma")		
NIF/Pasaporte/D. Id (UE)	Apellidos y nombre	Nombre

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA					DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)	
IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	Calle, plaza y número	
Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: DIA / MES / AÑO					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 (art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE
➤ Informe psicológico o médico actualizado de la persona especialista que atiende al paciente, que incluya el juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir tratamiento integral de la misma, según impreso DPS-34402 disponible en la página web de MUFACE). ➤ Certificado expedido por terapeuta individual especializado o por la dirección del Centro (epígrafe 5.4.2 de la Convocatoria). ➤ Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles. ➤ Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable (impreso DPS 34916).