

SOLICITUDE DE PRESTACIÓN
DE GRAN INVALIDEZ

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

1	DATOS DO/DA MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)		Domicilio: rúa ou praza e número	
	Código postal	Localidade	Provincia	Teléfono
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indiquenos a súa dirección de correo electrónico: @			

2	REQUISITOS PARA A PRESTACIÓN (Marque cunha cruz "X" as cuadrículas e consigne as datas que, segundo a súa situación, lle correspondan)		
	FEITO CAUSANTE DA GRAN INVALIDEZ	☐ a) Perda total de visión de ambos os dous ollos. ☐ b) Perda anatómica ou funcional, total ou nas súas partes esenciais, das dúas extremidades superiores ou das dúas inferiores (concepciónse partes esenciais o pé e a man). ☐ c) Cualquera outra perda anatómica ou funcional que comporte a necesidade do/da mutualista de ser asistido/a por outra persoa para realizar os actos máis esenciais da vida, tales como vestirse, desprazarse, comer o análogos.	
	☐ A causa que se sinala existía na data da xubilación por incapacidade permanente para o servizo. Data de xubilación/...../..... ☐ A causa que se sinala produciuse con posterioridade a data de xubilación por incapacidade permanente para o servizo. Data de nacemento/...../.....		
	COBERTURA DO PERÍODO DE CARENANCIA	Non precisa cubrir este apartado se o seu caso é de gran invalidez derivada de enfermidade profesional ou de accidente en acto de servizo ou como consecuencia del. ☐ Percibo a pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo de Clases Pasivas ☐ Non percibo a pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo de Clases Pasivas. ☐ Coticei a MUFACE como funcionario/a en activo ou asimilado/a durante un período total de ____ anos ____ meses ____ días data de inicio da cotización/...../..... data da última cotización ☐ Coticei a MUFACE como mutualista voluntario/a durante un período total de ____ anos ____ meses ____ días data de inicio da cotización/...../..... data da última cotización/...../..... ☐ Coticei a outros réximes públicos da Seguridade Social durante un período total de ____ anos ____ meses ____ días Data de inicio da cotización/...../..... data da última cotización/...../.....	

3	DOCUMENTOS QUE TEN QUE APORTAR (Os correspondentes a cada caso, marcando a cuadrícula cunha cruz "X")		
	¿O feito causante da gran invalidez EXISTÍA na data da súa xubilación?	¿É perceptor/a de pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo de Clases Pasivas?	Xustificantes que ten que presentar
	SI ☐	SI ☐	b.1; b.3
		NO ☐	b.3; b.1 ó b.4 ; b.6
	NO ☐	SI ☐	b.2 ; b.5
NO ☐		b.2 ó b.4; b.5 ; b.6	
☐ b.1.-Certificación do órgano administrativo ou do habilitado/a que acredite o importe íntegro mensual que deba figurar na súa nómina da pensión de xubilación que corresponda ao mes seguinte ao da data fecha de xubilación. ☐ b.2.-Certificación do órgano administrativo ou do habilitado/a que acredite o importe íntegro mensual que deba figurar na súa nómina de la pensión de xubilación que corresponda ao mes seguinte ao data de presentación da solicitude. ☐ b.3.-Fotocopia do dictame emitido no procedemento de xubilación polo Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) ou, de non ser competente o EVI, por un Tribunal Médico Oficial, do Estado ou das Comunidades Autónomas. ☐ b.4.-Certificación do órgano administrativo correspondiente, relativa as retribucións básicas íntegras que lle tiñan que ser acreditadas na nómina no mes da súa xubilación ou, de non estar en activo no dito mes, las que correspondera acreditarlle. ☐ b.5.-Fotocopia dos informes ou dictames médicos ou psicolóxicos que estime conveniente aportar, tales como: cualificación de minusvalía, expedida polo IMSERSO ou Órgano competente das Comunidades Autónomas, dictame de dun Tribunal Médico Oficial, etc. ☐ b.6.-Certificacións que acrediten as cotizacións efectuadas a outros Réximes públicos de Seguridade Social.			

INFORMACIÓN SOBRE A PRESTACIÓN

(extracto)

- Xeralmente, a prestación de “Remuneración da persoa encargada da asistencia ao gran inválido” ou, abreviadamente, “Prestación de gran invalidez”, consiste no aboamento á persoa beneficiaria dunha cantidade mensual igual ao 50 % do importe que, en concepto de “ín-tegro” mensual, deba figurar na nómina da pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo, sen ter en conta as re-duccións por confluír con outras posibles pensións públicas..
- Actuarase de xeito semellante cando a pensión que lle corresponda á persoa solicitante fora recoñecida por outro réxime público da Seguridade Social, por un concepto equivalente ao de incapacidade permanente para o servizo.
- Cando a persoa solicitante non teña dereito á pensión nos termos que se indican nos parágrafos anteriores, o importe mensual da prestación será do 50% do resultado de dividir entre 12 a suma dos seguintes conceptos, correspondentes ao seu corpo, escala ou praza, no seu importe íntegro anual (segundo as contías en vigor no mes da xubilación): soldo, trienios efectivamente completados e pagas extraordinarias.
- Nos meses de xuño e decembro, ademais da mensualidade corrente, aboaranse pagas extraordinarias.
- Se percibe pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo ou por concepto equivalente, o importe da súa presta-ción actualízase na mesma proporción que a dita pensión.
- Se non percibe tal tipo de pensión, a actualización realizarase mediante a aplicación do coeficiente do incremento medio das pensións de clases pasivas que estableza para cada ano a Lei de orzamentos xerais do estado.
- No caso de concesión, na notificación indícaráselle o seguinte:
 - data a partir da cal se poderá proceder á revisión do grao de gran invalidez,
 - instrucións acerca de cómo levar a cabo a actualización periódica da prestación, así como para acreditar a súa continuidade.
- É moi importante que cumpra todos os anos os requisitos para a actualización e a acreditación nos prazos que se indiquen, para evitar retrasos na percepción revalorizada da prestación.

NOTA.- Para maior detalle pode consultar o Regulamento Xeral do Mutualismo Administrativo (artigos 106 e 107, entre outros), aproba-do por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo (BOE do 11 de abril).

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

IBAN Entidade bancaria Sucursal DC Número de conta/libreta

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 manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:

- Todos os datos consignados son certos e completos.
- Non percibo prestación ou pensión dirixida á mesma finalidade, outorgada por un réxime público da Seguridade Social.

LUGAR, DATA E SINATURA DO/A MUTUALISTA ou do/a seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Lei 39/2015, da PAC das AAPP)

DATOS PARA A NOTIFICACIÓN (A cubrir voluntariamente)

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐

Rúa, praza e número

Código postal

Localidade

Provincia

País

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 é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información: <https://www.muface.es/protección de datos - Delegado de Protección de Datos da Mutualidade>.

DILIXENCIA

Cubrirase este apartado se, no tratamento informático da solicitude, non se detectan para o/a mutualista as condicións de afiliación ou alta precisas para causar o dereito á prestación.

De igual xeito, cubrirase nos casos nos que o/a solicitante non perciba pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servicio polo Réxime de Clases Pasivas do Estado, coa finalidade de acreditar a verificación dos períodos de cotización que se alegan.

Comprobáronse os datos do/da mutualista ao/á que se refire a presente solicitude e na data da súa presentación ou na data do feito causante, se esta fora anterior,

- ☐ reunía as condicións de afiliación, alta e, se é o caso, de cotización, precisas para a prestación.
- ☐ non reunía as condicións de afiliación, alta ou cotización precisas para a prestación, por

, de de
O/A XEFE/A DE COLECTIVOS

INFORME DO/DA ASESOR/A MÉDICO/A DO SERVICIO PROVINCIAL (pode ampliarse en follas adicionais)

Debe emitirse cando o feito causante fora a perda total de visión de ambos os dous ollos ou a perda anatómica ou funcional das dúas extremidades superiores ou inferiores e tales extremos non quedaran contemplados no informe do EVI ou do órgano de valoración competente.

Logo de ver a presente solicitude e a documentación que acompaña o expediente, emítese o seguinte informe:

, de de
O/A ASESOR/A MÉDICO/A,

EXEMPLAR PARA MUFACE

PROPOSTA

Logo de ver a presente solicitude, os informes emitidos, os antecedentes oportunos e a documentación aportada, así como a normativa aplicable, proponse:

☐ A DECLARACIÓN da situación de gran invalidez do/da solicitante e, consecuentemente, o RECOÑECIMIENTO da prestación “Remuneración da persoa encargada da asistencia ao gran inválido”, por un importe mensual inicial de

☐ A DENEGACIÓN da declaración de gran invalidez por:

, de de
O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS

EXEMPLAR PARA MUFACE



SOLICITUDE DE PRESTACIÓN DE GRAN INVALIDEZ

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVIZO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

1

DATOS DO/DA MUTUALISTA SOLICITANTE

Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)		Domicilio: rúa ou praza e número	
Código postal	Localidade	Provincia	Teléfono
Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitude, se fai o favor, indiquenos a súa dirección de correo electrónico: @			

2

REQUISITOS PARA A PRESTACIÓN (Marque cunha cruz "X" as cuadrículas e consigne as datas que, segundo a súa situación, lle correspondan)

FEITO CAUSANTE DA GRAN INVALIDEZ	☐ a) Perda total de visión de ambos os dous ollos.	☐ A causa que se sinala existía na data da xubilación por incapacidade permanente para o servizo.
	☐ b) Perda anatómica ou funcional, total ou nas súas partes esenciais, das dúas extremidades superiores ou das dúas inferiores (conceituándose partes esenciais o pé e a man).	Data de xubilación/...../.....
	☐ c) Cualquera outra perda anatómica ou funcional que comporte a necesidade do/da mutualista de ser asistido/a por outra persoa para realizar os actos máis esenciais da vida, tales como vestirse, desprazarse, comer o análogos.	☐ A causa que se sinala produciuse con posterioridade a data de xubilación por incapacidade permanente para o servizo.
		Data de nacemento/...../.....
COBERTURA DO PERÍODO DE CARENCIA	Non precisa cubrir este apartado se o seu caso é de gran invalidez derivada de enfermidade profesional ou de accidente en acto de servizo ou como consecuencia del.	
	☐ Percibo a pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo de Clases Pasivas	☐ Non percibo a pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo de Clases Pasivas.
	☐ Coticei a MUFACE como funcionario/a en activo ou asimilado/a durante un período total de ____ anos ____ meses ____ días data de inicio da cotización/...../..... data da última cotización	☐ Coticei a MUFACE como mutualista voluntario/a durante un período total de ____ anos ____ meses ____ días data de inicio da cotización/...../..... data da última cotización/...../.....
	☐ Coticei a outros réximes públicos da Seguridade Social durante un período total de ____ anos ____ meses ____ días Data de inicio da cotización/...../..... data da última cotización/...../.....	

3

DOCUMENTOS QUE TEN QUE APORTAR (Os correspondentes a cada caso, marcando a cuadrícula cunha cruz "X")

¿O feito causante da gran invalidez EXISTÍA na data da súa xubilación?	¿É perceptor/a de pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo de Clases Pasivas?	Xustificantes que ten que presentar
SI ☐	SI ☐	b.1; b.3
	NO ☐	b.3; b.1 ó b.4 ; b.6
NO ☐	SI ☐	b.2 ; b.5
	NO ☐	b.2 ó b.4; b.5 ; b.6

- ☐ b.1.-Certificación do órgano administrativo ou do habilitado/a que acredite o importe íntegro mensual que deba figurar na súa nómina da pensión de xubilación que corresponda **ao mes seguinte ao da data fecha de xubilación.**
- ☐ b.2.-Certificación do órgano administrativo ou do habilitado/a que acredite o importe íntegro mensual que deba figurar na súa nómina de la pensión de xubilación que corresponda **ao mes seguinte ao data de presentación da solicitude.**
- ☐ b.3.-Fotocopia do dictame emitido no procedemento de xubilación polo Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) ou, de non ser competente o EVI, por un Tribunal Médico Oficial, do Estado ou das Comunidades Autónomas.
- ☐ b.4.-Certificación do órgano administrativo correspondiente, relativa as retribucións básicas íntegras que lle tiñan que ser acreditadas na nómina no mes da súa xubilación ou, de non estar en activo no dito mes, las que correspondera acreditarlle.
- ☐ b.5.-Fotocopia dos informes ou dictames médicos ou psicolóxicos que estime conveniente aportar, tales como: cualificación de minusvalía, expedida polo IMSERSO ou Órgano competente das Comunidades Autónomas, dictame de dun Tribunal Médico Oficial, etc.
- ☐ b.6.-Certificacións que acrediten as cotizacións efectuadas a outros Réximes públicos de Seguridade Social.

4

INFORMACIÓN SOBRE A PRESTACIÓN

(extracto)

- Xeralmente, a prestación de “Remuneración da persoa encargada da asistencia ao gran inválido” ou, abreviadamente, “Prestación de gran invalidez”, consiste no aboamento á persoa beneficiaria dunha cantidade mensual igual ao 50 % do importe que, en concepto de “ín-tegro” mensual, deba figurar na nómina da pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo, sen ter en conta as re-duccións por confluír con outras posibles pensións públicas..
- Actuarase de xeito semellante cando a pensión que lle corresponda á persoa solicitante fora recoñecida por outro réxime público da Seguridade Social, por un concepto equivalente ao de incapacidade permanente para o servizo.
- Cando a persoa solicitante non teña dereito á pensión nos termos que se indican nos parágrafos anteriores, o importe mensual da prestación será do 50% do resultado de dividir entre 12 a suma dos seguintes conceptos, correspondentes ao seu corpo, escala ou praza, no seu importe íntegro anual (segundo as contías en vigor no mes da xubilación): soldo, trienios efectivamente completados e pagas extraordinarias.
- Nos meses de xuño e decembro, ademais da mensualidade corrente, aboaranse pagas extraordinarias.
- Se percibe pensión de xubilación por incapacidade permanente para o servizo ou por concepto equivalente, o importe da súa presta-ción actualízase na mesma proporción que a dita pensión.
- Se non percibe tal tipo de pensión, a actualización realizarase mediante a aplicación do coeficiente do incremento medio das pensións de clases pasivas que estableza para cada ano a Lei de orzamentos xerais do estado.
- No caso de concesión, na notificación indícaráselle o seguinte:
 - data a partir da cal se poderá proceder á revisión do grao de gran invalidez,
 - instrucións acerca de cómo levar a cabo a actualización periódica da prestación, así como para acreditar a súa continuidade.
- É moi importante que cumpra todos os anos os requisitos para a actualización e a acreditación nos prazos que se indiquen, para evitar retrasos na percepción revalorizada da prestación.

NOTA.- Para maior detalle pode consultar o Regulamento Xeral do Mutualismo Administrativo (artigos 106 e 107, entre outros), aproba-do por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo (BOE do 11 de abril).

5

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

IBAN Entidade bancaria Sucursal DC Número de conta/libreta

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 manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE QUE:

- Todos os datos consignados son certos e completos.
- Non percibo prestación ou pensión dirixida á mesma finalidade, outorgada por un réxime público da Seguridade Social.

LUGAR, DATA E SINATURA DO/A MUTUALISTA ou do/a seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 Lei 39/2015, da PAC das AAPP)

7

DATOS PARA A NOTIFICACIÓN (A cubrir voluntariamente)

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐

Rúa, praza e número

Código postal

Localidade

Provincia

País

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 Personais) e a Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Personais 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 é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 4 e 12 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Cívís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o Director/a de o Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información: <https://www.muface.es/protección de datos> - Delegado de Protección de Datos da Mutualidade.