

SOL·LICITUD DE SUBSIDI DE JUBILACIÓ

1	MUTUALISTA SOL·LICITANT			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	NIF/Passaport/doc. d'identificació (UE)		Domicili: carrer o plaça i número	
	Codi postal	Localitat	Província	Telèfon
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ (Marqueu amb "X" les caselles corresponents)	
	JUBILACIÓ	☐ Forçosa per l'edat ☐ Per incapacitat permanent per al servei
	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	☐ Servei actiu ☐ Servicios a CCAA ☐ Excedència forçosa ☐ Serveis especials ☐ Expectativa de destí ☐ Excedència per a tenir cura de familiars

3	DADES PER A L'IMPORT DEL SUBSIDI		
	Consigneu els imports íntegres corresponents al mes de la vostra jubilació (sense pagues extraordinàries ni endarreriments). - Sou/mes - Triennis...../mes - Grau (si puposa retribució)/mes	Data de jubilació: ____/____/____	
		Altra/es ajut/s rebuts o sol·licitats per aquest mateix fet causant, dispensats o finançats amb fons públics	
		Organisme pagador	Import íntegre
		TOTAL (A)/mes TOTAL (B)	
L'import íntegre del subsidi serà igual al TOTAL (A) multiplicat pel coeficient "0,5". D'aquest resultat es restarà el TOTAL (B). (Per a fets causants anteriors a 01/01/2013 se seguirà aplicant el coeficient "2")			

4	DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR
	Sempre els assenyalats amb ☒ . Si és el cas, l'assenyalat amb ☐ , marcant-lo amb "X". ☒ Fotocòpia compulsada de la Resolució en què s'acordi la jubilació. ☐ Si en la Resolució indicada no figura la situació administrativa, certificació de la corresponent unitat de personal acreditativa de la situació en la data de jubilació. ☒ Certificació de l'unitat pagadora en què constin les retribucions bàsiques íntegres corresponents al mes en què es produeixi la jubilació (si en aquest mes el/la mutualista no percep les retribucions bàsiques pel cos, escala o plaça en què es jubila, certificació de l'unitat de personal competent acreditativa de les que li haurien correspost, si hagués estat en servei actiu, en el mes de jubilació).

5	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA
	IBAN Entitat bancària Sucursal DC Número de compte / llibreta

6	DADES DE NOTIFICACIÓ (per emplenar voluntàriament)
	Domicili: ☐ Particular ☐ Laboral ☐ altre domicili ☐
	Carrer, plaça i número
	Codi postal Localitat
	Província País

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i complets.
- Em comprometo a comunicar a MUFACE qualsevol variació que incideixi en la concessió del subsidi.

(Lloc, data i signatura del/ de la sol·licitant o seu representant acreditat/acreditada. (Art. 5 Llei 39/2015 del PAC de les AAPP)

DILIGÈNCIA	
<i>Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada perquè el/la mutualista no reuneix les condicions d'afiliació o alta requerides per cobrar la prestació o si existeix discrepància entre el fitxer automatitzat i la documentació aportada relativa a la situació administrativa.</i>	
S'han comprovat les dades del/de la mutualista al/a la qual es refereix aquesta sol·licitud i en la data del fet causant:: ☐ reunia les condicions d'afiliació i alta requerides per a la prestació. ☐ no reunia les condicions d'afiliació o d'alta requerides per a la prestació, per ☐ la seva situació administrativa ☐ és una de les que possibiliten el dret a la prestació. ☐ no és , de/d'..... de EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,	
INFORME	
<i>Només s'utilitzarà i subscriurà si el/la mutualista causant del Subsidi de Jubilació ha mort abans de concloure la tramitació o abans de procedir a l'abonament de la prestació.</i>	
Data de la mort del/de la mutualista causant del Subsidi de Jubilació, segons la documentació aportada --/--/---- La/es persona/es que ha/n instat la conclusió del procediment o la realització de l'abonament ☐ Sí acredita/en la seva condició de persona/es hereva/es del/de la mutualista causant. ☐ No , de/d'..... de EL/LA CAP DE PRESTACIONS	
PROPOSTA DE RESOLUCIÓ	
Proposo la resolució següent: Atesa aquesta sol·licitud, els informes emesos, la documentació aportada i els antecedents oportuns, així com la normativa aplicable, resolc: ☐ APROVAR-LA, perquè reuneix els requisits exigibles, i atorgar la quantitat de en concepte de subsidi de jubilació.* ☐ DENEGAR-LA, per , de/d'..... de EL/LA CAP DE PRESTACIONS, * S'indica que, en cas que es produeixi alguna variació en la condició de jubilat/jubilada del/de la mutualista, procediria la revisió d'aquest acord i el possible reintegrament de la quantitat aprovada en el mateix, sobre la base del que disposa l'article 55 del RGMA, sense perjudici que en un moment posterior si torna a complir els requisits la pogués tornar a sol·licitar en els termes que corresponguin.	
CONFORME: Notifiqueu-ho i, si escau, feu el pagament sense cap tràmit més.	, de/d'..... de EL/LA

SOL·LICITUD DE SUBSIDI DE JUBILACIÓ

1	MUTUALISTA SOL·LICITANT			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	NIF/Passaport/doc. d'identificació (UE)		Domicili: carrer o plaça i número	
	Codi postal	Localitat	Província	Telèfon
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ (Marqueu amb "X" les caselles corresponents)	
	JUBILACIÓ	☐ Forçosa per l'edat ☐ Per incapacitat permanent per al servei
	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	☐ Servei actiu ☐ Servicios a CCAA ☐ Excedència forçosa ☐ Serveis especials ☐ Expectativa de destí ☐ Excedència per a tenir cura de familiars

3	DADES PER A L'IMPORT DEL SUBSIDI		
	Consigneu els imports íntegres corresponents al mes de la vostra jubilació (sense pagues extraordinàries ni endarreriments). - Sou/mes - Triennis...../mes - Grau (si puposa retribució)/mes	Data de jubilació: ____/____/____	
		Altra/es ajut/s rebuts o sol·licitats per aquest mateix fet causant, dispensats o finançats amb fons públics	
		Organisme pagador	Import íntegre
		TOTAL (A)/mes TOTAL (B)	
L'import íntegre del subsidi serà igual al TOTAL (A) multiplicat pel coeficient "0,5". D'aquest resultat es restarà el TOTAL (B). (Per a fets causants anteriors a 01/01/2013 se seguirà aplicant el coeficient "2")			

4	DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR
	Sempre els assenyalats amb ☒ . Si és el cas, l'assenyalat amb ☐ , marcant-lo amb "X". ☒ Fotocòpia compulsada de la Resolució en què s'acordi la jubilació. ☐ Si en la Resolució indicada no figura la situació administrativa, certificació de la corresponent unitat de personal acreditativa de la situació en la data de jubilació. ☒ Certificació de l'unitat pagadora en què constin les retribucions bàsiques íntegres corresponents al mes en què es produeixi la jubilació (si en aquest mes el/la mutualista no percep les retribucions bàsiques pel cos, escala o plaça en què es jubila, certificació de l'unitat de personal competent acreditativa de les que li haurien correspost, si hagués estat en servei actiu, en el mes de jubilació).

5	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA
	IBAN Entitat bancària Sucursal DC Número de compte / llibreta

6	DADES DE NOTIFICACIÓ (per emplenar voluntàriament)
	Domicili: Particular ☐ Laboral ☐ altre domicili ☐
	Carrer, plaça i número
	Codi postal Localitat
	Província País

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

- Totes les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i complets.
- Em comprometo a comunicar a MUFACE qualsevol variació que incideixi en la concessió del subsidi.

(Lloc, data i signatura del/ de la sol·licitant o seu representant acreditat/acreditada. (Art. 5 Llei 39/2015 del PAC de les AAPP)