

DECLARACIÓN RESPONSABLE
(Ayudas de protección sociosanitaria)

(Nombre y apellidos).....
N.I.F.:....., en mi nombre o en representación ⁽¹⁾ de (nombre y apellidos).....
Nº de afiliación a MUFACE , N.I.F.:

DECLARO, bajo mi responsabilidad que,

1º.- En relación con la solicitud a MUFACE, de **ayuda para la atención a personas con enfermedad psiquiátrica crónica** para D./ D^a.: con D.N.I. nº....., incluida en el programa del epígrafe 4, objeto de la Resolución del 21 de abril de 2025, por la que se convoca la concesión de ayudas de protección sociosanitaria durante el año 2025, y en relación con los epígrafes 4.1 y 4.3 de dicha Resolución, cumplo con los siguientes requisitos (marque lo que corresponda):

☐ A.- No tengo derecho a asistencia sanitaria para esta contingencia.

☐ B.- No tengo cubierta la prestación por otras vías, ni percibo ayudas por el mismo concepto por parte de otros organismos públicos o privados.

2º.- Otras circunstancias que se consideran de interés para la solicitud de esta ayuda son las que se especifican a continuación:

.....
.....

3º.- Todos los datos consignados son ciertos y completos. Conozco las posibles consecuencias negativas que se derivarían de la falsedad de mis declaraciones, consecuencias que se encuentran descritas en la Resolución de convocatoria y en la restante normativa aplicable.

Y para que así conste, a efectos de mi solicitud de ayuda de MUFACE, firmo la presente declaración en.....a.....de.....de.....

Fdo.:

(1) La representación deberá estar debidamente acreditada conforme al artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del PAC de las AAPP.