



**SOL·LICITUD D'AJUT PER L'ATENCIÓ
A PERSONES AMB MALALTIA
PSIQUIÀTRICA CRÒNICA**

DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/Document Identitat (UE)
Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics .			
Adreça de correu electrònic: _____@_____			

DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/Document Identitat (UE)	Cognoms	Nom
---------------------------------------	---------	-----

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

DADES DE NOTIFICACIÓ (S'ha d'emplenar voluntàriament)

IBAN	CODI BANC	SUCURSAL	D.C	Nº COMPTE	Domicili: carrer o plaça i número	
Data a partir de la qual se sol·licita que la prestació tingui efectes econòmics: DIA / MEU / ANY					Codi Postal	Localitat
					Província	País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

1. Que el cost de la plaça que ocupa la persona beneficiària no està finançat, totalment o parcialment, amb fons públics.
2. Que totes les dades consignades en aquesta sol·licitud son certes i completes.
3. Que em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementaria que em demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajut o en les seves incompatibilitats.
4. Conec el règim de incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit en la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura del/de la sol·licitant o representant degudament
acreditat/acreditada (Art. 5 Llei 39/2015 d'1 d'octubre).

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Informe actualitzat del personal facultatiu independent del centre l'ingrés al qual és objecte de sol·licitud, en el que consti el caràcter crònic del procés que es pateixi segons imprès DPS 34202 disponible a la pàgina web de MUFACE, o bé, si s'escau, ordre judicial d'internament, llevat que l'ordre aportada per a la concessió anterior estigues encara vigent.
- Certificat acreditatiu de que l'hospital, centre o unitat psiquiàtrica d'internament estigui reconegut oficialment per l'Administració Pública competent i que la persona beneficiària ocupa plaça psiquiàtrica.
- Certificat de l'òrgan competent de la Comunitat Autònoma acreditatiu de la no percepció per la persona mutualista o beneficiària d'ajut o servei per aquest mateix concepte o, si s'escau, amb expressió de l'ajut o servei concedit o si escau, Informe de l'Assessor/a Mèdic/a provincial.
- Declaració responsable de no tenir dret a assistència sanitària per a aquesta contingència (imprès DPS 34203).
- Factura/es que haurà/n de reunir els requisits legals i reglamentàriament exigibles.
- Certificació Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable (imprès DPS 34916).

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprobat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" y "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L' ESTAT

DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/Document Identitat (UE)
Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics .			
Adreça de correu electrònic: _____@_____			

DADES DE LA PERSONA CAUSANT
(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/Document Identitat (UE)	Cognoms	Nom
---------------------------------------	---------	-----

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA
DADES DE NOTIFICACIÓ (S'ha d'emplenar voluntàriament)

IBAN	CODI BANC	SUCURSAL	D.C	Nº COMPTE	Domicili: carrer o plaça i número	
Data a partir de la qual se sol·licita que la prestació tingui efectes econòmics: DIA / MEU / ANY					Codi Postal	Localitat
					Província	País

Per a la resolució d'aquest procediment, MUFACE podrà recaptar, consultar o verificar les dades d'identitat i residència en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art. 28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament, tal com s'indica en la clàusula de protecció de dades que figura en aquest imprès.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:

1. Que el cost de la plaça que ocupa la persona beneficiària no està finançat, totalment o parcialment, amb fons públics.
2. Que totes les dades consignades en aquesta sol·licitud son certes i completes.
3. Que em comprometo a facilitar a MUFACE la documentació complementaria que em demani i a comunicar qualsevol variació que incideixi en els requisits per a la concessió de l'ajut o en les seves incompatibilitats.
4. Conec el règim de incompatibilitats d'aquest ajut que es troba descrit en la resolució de convocatòria.

Lloc, data i signatura del/de la sol·licitant o representant degudament
acreditat/acreditada (Art. 5 Llei 39/2015 d'1 d'octubre).

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Informe actualitzat del personal facultatiu independent del centre l'ingrés al qual és objecte de sol·licitud, en el que consti el caràcter crònic del procés que es pateixi segons imprès DPS 34202 disponible a la pàgina web de MUFACE, o bé, si s'escau, ordre judicial d'internament, llevat que l'ordre aportada per a la concessió anterior estigues encara vigent.
- Certificat acreditatiu de que l'hospital, centre o unitat psiquiàtrica d'internament estigui reconegut oficialment per l'Administració Pública competent i que la persona beneficiària ocupa plaça psiquiàtrica.
- Certificat de l'òrgan competent de la Comunitat Autònoma acreditatiu de la no percepció per la persona mutualista o beneficiària d'ajut o servei per aquest mateix concepte o, si s'escau, amb expressió de l'ajut o servei concedit o si escau, Informe de l'Assessor/a Mèdic/a provincial.
- Declaració responsable de no tenir dret a assistència sanitària per a aquesta contingència (imprès DPS 34203).
- Factura/es que haurà/n de reunir els requisits legals i reglamentàriament exigibles.
- Certificació Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable (imprès DPS 34916).

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" y "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L' ESTAT