



SOLICITUDE DE AXUDAS PARA
PERSOAS CON ENFERMIDADE
ONCOLÓXICA

DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE

Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)
Consiento que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos			
Dirección de correo electrónico: _____@_____			

DATOS DA PERSOA CAUSANTE

(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")

NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)	Apelidos	Nome
--	----------	------

AXUDA SOLICITADA

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

Prótese capilar, gorro, pano ou turbante oncolóxico.

Suxeitador/é postmastectomía, postumorectomía u outros de análoga natureza.

Productos de dermocosmética oncolóxica non financiados polo Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Tratamentos de micropigmentación e/ou microblading oncolóxicos de cellas e pestanas.

IBAN BANCO SUCURSAL D.C N° CONTA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cubrir voluntariamente)

Rúa, praza e número

Código Postal

Localidade

Provincia

País

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 nesta solicitude son certos e completos.
- Comprométome a facilitar a MUFACE a documentación complementaria que me solicite a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se atopa descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura da persoa solicitante, ou do seu representante,
debidamente acreditado (art. 5 da Lei 39/2015, do 1 de outubro).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE

- Informe médico actualizado que acredite a enfermidade padecida pola persoa beneficiaria que describa as secuelas dos tratamentos aplicados que xustifican a necesidade das adquisicións e tratamentos obxecto desta axuda, segun do impreso 34702 dispoñible na páxina web de MUFACE.
- Certificado de que o Centro onde se realicen os tratamentos aos que se refire o apartado 8.2.d) deste programa cumpre cos requisitos legais para realizar os mesmos.
- Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.
- Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).

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 polo Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o/a Director/a do Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO



SOLICITUDE DE AXUDAS PARA
PERSOAS CON ENFERMIDADE
ONCOLÓXICA

DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE

Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número	Código postal	Localidade	Provincia
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)
Consiento que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos			
Dirección de correo electrónico: _____@_____			

DATOS DA PERSOA CAUSANTE

(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")

NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)	Apelidos	Nome
--	----------	------

AXUDA SOLICITADA

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

Prótese capilar, gorro, pano ou turbante oncolóxico. Suxeitador/é postmastectomía, postumorectomía u outros de análoga natureza. Productos de dermocosmética oncolóxica non financiados polo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Tratamentos de micropigmentación e/ou microblading oncolóxicos de cellas e pestanas.	IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CONTA
	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cubrir voluntariamente)				
	Rúa, praza e número				
	Código Postal	Localidade			
	Provincia				País

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 nesta solicitude son certos e completos.
- Comprométome a facilitar a MUFACE a documentación complementaria que me solicite a comunicar calquera variación que incida nos requisitos para a concesión da axuda ou nas incompatibilidades desta.
- Coñezo o réxime de incompatibilidades desta axuda que se atopa descrito na resolución de convocatoria.

Lugar, data e sinatura da persoa solicitante, ou do seu representante,
debidamente acreditado (art. 5 da Lei 39/2015, do 1 de outubro).

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE

- Informe médico actualizado que acredite a enfermidade padecida pola persoa beneficiaria que describa as secuelas dos tratamentos aplicados que xustifican a necesidade das adquisicións e tratamentos obxecto desta axuda, segun do impreso 34702 dispoñible na páxina web de MUFACE.
- Certificado de que o Centro onde se realicen os tratamentos aos que se refire o apartado 8.2.d) deste programa cumpre cos requisitos legais para realizar os mesmos.
- Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.
- Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).

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 polo Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante o/a Director/a do Departamento de Prestacións Sociais de MUFACE.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO