



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

D'acord amb l'article 13 del RGPD (UE) 2016/679, del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 i amb l'article 11 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades de caràcter personal que es facilitin mitjançant el present formulari seran tractades amb la finalitat de gestionar la seva sol·licitud de prestació social. De conformitat amb el que es preveu en l'article 21.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, s'informa que, amb la recepció de la present sol·licitud en qualsevol registre de MUFACE es procedeix a la incoació d'expedient administratiu que haurà de ser resolt en el termini de tres mesos mitjançant resolució expressa, sent estimatoris per silenci administratiu els efectes de la falta de resolució expressa en el citat termini. Per a obtenir major informació sobre el procediment al fet que dona lloc la seva sol·licitud, podrà dirigir-se al seu Servei Provincial de MUFACE.

Per a la resolució d'aquest procediment la Mutualitat podrà recaptar, consultar o verificar les dades que siguin precisos 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.

Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió de dades, així com la resta de drets en matèria de protecció de dades davant el responsable del tractament: titular del Departament de Prestacions Socials.

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 .

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 estigués 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).