



**SOLICITUDE DE AXUDA PARA ATENCIÓN
A PERSOAS CON ENFERMIDADE
PSIQUIÁTRICA CRÓNICA**

DATOS DA PERSONA TITULAR SOLICITANTE

Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/D. identidade (U.E.)
Consinto 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/D. identidade (U.E.)	Apelidos	Nome
------------------------------------	----------	------

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)

IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CONTA	Domicilio: rúa ou praza e número	
Data a partir da cal se solicita que a prestación teña efectos económicos: DIA / MES / ANO					Código postal	Localidade
					Provincia	

De acordo co artigo 13 do RXP (UE) 2016/679, do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 e co artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Privados e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter privado que se faciliten mediante o presente formulario serán tratados coa finalidade de xestionar a súa solicitude de prestación social. De conformidade co previsto no artigo 21.4 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, infórmase que, coa recepción da presente solicitude en calquera rexistro de MUFACE procédese á incoación de expediente administrativo que deberá ser resolto no prazo de tres meses mediante resolución expresa, sendo estimatorios por silencio administrativo os efectos da falta de resolución expresa no citado prazo. Para obter maior información sobre o procedemento a que dá lugar a súa solicitude, poderá dirixirse ao seu Servizo Provincial de MUFACE.

Para a resolución deste procedemento a Mutualidade poderá solicitar, consultar ou verificar os datos que sexan precisos na Plataforma de Intermediación de Datos (art.28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar a súa oposición expresa e xustificadamente.

Pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como o resto de dereitos en materia de protección de datos ante o responsable do tratamento: titular do Departamento de Prestacións Sociais.

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

Lugar, data e sinatura do/da solicitante ou do seu/súa representante
debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015)

DOCUMENTACION QUE DEBE ACHEGARSE

- Informe actualizado do persoal facultativo independente do centro do ingreso obxecto da solicitude, no que conste o carácter crónico do proceso que se padeza segun do impreso DPS 34202 dispoñible na páxina web de MUFACE, ou ben, no seu caso, orde xudicial de internamento, salvo que a orde aportada para a concesión anterior estivese aínda en vigor.
- Certificado acreditativo que o hospital, centro ou unidade psiquiátrica de internamento estea recoñecido oficialmente pola Administración Pública competente e que a persoa beneficiaria ocupa praza psiquiátrica.
- Certificado do órgano competente da Comunidade Autónoma acreditativo da non percepción pola persoa mutualista ou beneficiaria de axuda ou servizo por este mesmo concepto, ou se é o caso, con expresión da axuda ou servizo concedido ou no seu caso, Informe do Asesor/a Médico/a provincial.
- Declaración responsable de non ter dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia (impreso DPS 34203) .
- Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles.
- Certificación de la da Comisión de Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).