MINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

DECLARACIÓN RESPONSABLE

(Axudas de protección sociosanitaria)

(Nome e apelidos):.....,
N.I.F:……., no meu nome ou en representación (1) de (nome e apelidos)
…….....
Nº de afiliación a MUFACE ……..……., N.I.F: .....,

DECLARO, baixo a miña responsabilidade que,

1º.- En relación coa solicitude a MUFACE, de **axuda para a atención a persoas con enfermidade psiquiátrica crónica** para D./ Dª .....…
……
con D.N.I. nº....., incluida no programa do epígrafe 4, obxecto da Resolución do 21 de abril de 2026, pola que se convoca a concesión de axudas de protección sociosanitaria durante o ano 2026, e en relación cos epígrafes 4.1 e 4.3 da devandita Resolución, cumpro cos seguintes requisitos (marque o que corresponda):

☐ A.- Non teño dereito a asistencia sanitaria para esta continxencia.

☐ B.- Non teño cuberta a prestación por outras vías, nin percibo axudas polo mesmo concepto por parte doutros organismos públicos.

2º.- Outras circunstancias que se consideran de interese para a solicitude desta axuda son as que se especifican a continuación:
……
……
3º.- Todos os datos consignados son certos e completos. Coñezo as posibles consecuencias negativas que se derivarían da falsidade das miñas declaracións, consecuencias que se encontran descritas na Resolución de convocatoria e na restante normativa aplicable.

E para que así conste, a efectos da miña solicitude de axuda de MUFACE, firmo a presente declaración en …… a ……de …… de……..

Fdo.:

(1) A representación deberá estar debidamente acreditada conforme ao artigo 5 Lei 39/2015, de 1 de outubro.

LIMPIAR FORMULARIO