



**SOLICITUD DE AYUDA PARA  
ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA  
Y OTRAS ADICCIONES**

**DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE**

Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
Provincia	País	Teléfono	Fecha de nacimiento
NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)			
Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos: Dirección de correo electrónico: _____ @ _____			

**DATOS DE LA PERSONA CAUSANTE**

*(si fuese la persona titular, indíquese "la misma")*

NIF/Pasaporte/D. Id (UE)	Apellidos y nombre	Nombre
--------------------------	--------------------	--------

**DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA**

**DATOS DE NOTIFICACIÓN** *(a rellenar voluntariamente)*

IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	Calle, plaza y número	
Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos:					Código Postal	Localidad
DIA / MES / AÑO					Provincia	País

De acuerdo con el artículo 13 del RGPD (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y con el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten mediante el presente formulario serán tratados con la finalidad de gestionar su solicitud de prestación social. De conformidad con lo previsto en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, se informa que, con la recepción de la presente solicitud en cualquier registro de MUFACE se procede a la incoación de expediente administrativo que deberá ser resuelto en el plazo de tres meses mediante resolución expresa, siendo estimatorios por silencio administrativo los efectos de la falta de resolución expresa en el citado plazo. Para obtener mayor información sobre el procedimiento a que da lugar su solicitud, podrá dirigirse a su Servicio Provincial de MUFACE.

Para la resolución de este procedimiento la Mutualidad podrá recabar, consultar o verificar los datos que sean precisos en la Plataforma de Intermediación de Datos (art.28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como el resto de derechos en materia de protección de datos ante el responsable del tratamiento: titular del Departamento de Prestaciones Sociales.

Más información en los apartados "[Privacidad y protección de datos](#)" y "[Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad](#)" de la página web de MUFACE

*Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre).*

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE**

- Informe psicológico o médico actualizado de la persona especialista que atiende al paciente, que incluya el juicio diagnóstico relativo a la dependencia padecida y la recomendación de recibir tratamiento integral de la misma, según impreso DPS-34402 disponible en la página web de MUFACE).
- Certificado expedido por terapeuta individual especializado o por la dirección del Centro (epígrafe 5.4.2 de la Convocatoria).
- Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable (impreso DPS 34916).