



**SOLICITUD DE AYUDA PARA
PERSONAS CON ENFERMEDAD
CELÍACA**

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 DE LA PRESTACIÓN

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

NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)	Apellidos	Nombre
Indique si ha percibido ayuda por este programa en la convocatoria anterior <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

DATOS DE NOTIFICACIÓN *(a rellenar voluntariamente)*

IBAN	CÓD. BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	Calle, plaza y número
					Código Postal
					Localidad
					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 dos 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 y los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria en la AEAT (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 del facultativo perteneciente a la entidad concertada o Servicio Público de Salud al que esté adscrita la persona causante en el que acredite la enfermedad celíaca padecida por la persona beneficiaria, según impreso DPS 34602 disponible en la página web de MUFACE.

(Estarán exentas de la presentación de dicho informe las personas a las que se concedió la ayuda por este programa en la convocatoria del año anterior)