



**SOLICITUD DE AYUDAS PARA
PERSONAS CON ENFERMEDAD
ONCOLÓGICA**

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) |
| <input type="checkbox"/> 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 solicitante, indíquese "la misma")

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE) | Apellidos y nombre | NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE) |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|

AYUDA SOLICITADA

Prótesis capilar, gorro, pañuelo, turbante oncológico o gorro hipotérmico para quimioterapia.

Sujetador/es postmastectomía, postmorectomía u otros de análoga naturaleza.

Productos de dermocosmética oncológica no financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Tratamientos de micropigmentación y/o microblading oncológicos de cejas y pestañas.

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN BANCO SUCURSAL D.C Nº CUENTA

DATOS DE NOTIFICACIÓN (a rellenar voluntariamente)

| | |
|-----------------------|-----------|
| 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 médico actualizado que acredite la enfermedad padecida por la persona beneficiaria que describa las secuelas de los tratamientos aplicados que justifican la necesidad de las adquisiciones y tratamientos objeto de esta ayuda según impreso DPS 34702 disponible en la página web de MUFACE.
- Certificado de que el Centro donde se realicen los tratamientos a los que se refiere el apartado 8.2.d) de este programa cumple con los requisitos legales para realizar los mismos.
- Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- Certificación de la Comisión Acción Social, documento administrativo similar o declaración responsable (impreso DPS 34916).