



**SOL·LICITUD D'AJUTS PER A
PERSONES AMB MALALTIA
ONCOLÒGICA**

DADES DE LA PERSONA TITULAR SOL·LICITANT

Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
Província			
País	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/Document Identitat (UE)
Consenteixo que les notificacions i comunicacions d'aquesta prestació es realitzin per mitjans electrònics . Adreça de correu electrònic: _____ @ _____			

DADES DE LA PERSONA CAUSANT

(si coincideix amb la persona sol·licitant, indiqui: "la mateixa")

NIF/Passaport/Document Identitat (UE)	Cognoms	Nom
---------------------------------------	---------	-----

AJUT SOL·LICITAT

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

<p>Pròtesis capil·lar, gorra, mocador, turbant oncològic o capell hipotèrmic per a quimioteràpia.</p> <p>Sostenidor postmastectomia, postumorectomia o altres d'analogia naturalesa.</p> <p>Productes de dermocosmètica oncològica no finançats pel Sistema Nacional de Salut (SNS).</p> <p>Tractaments de micropigmentació i/o microblading oncològics de celles i pestanyes.</p>	IBAN	BANC	SUCURSAL	DC	Nº COMPTE
	DADES DE NOTIFICACIÓ (a emplenar voluntàriament)				
	Carrer, plaça i número				
	Codi Postal		Localitat		
	Província		País		

D'acord amb l'article 13 del RGPD (UE) 2016/679, del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 i amb l'article 11 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades de caràcter personal que es facilitin mitjançant el present formulari seran tractades amb la finalitat de gestionar la seva sol·licitud de prestació social. De conformitat amb el que es preveu en l'article 21.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, s'informa que, amb la recepció de la present sol·licitud en qualsevol registre de MUFACE es procedeix a la incoació d'expedient administratiu que haurà de ser resolt en el termini de dos mesos mitjançant resolució expressa, sent estimatoris per silenci administratiu els efectes de la falta de resolució expressa en el citat termini. Per a obtenir major informació sobre el procediment al fet que dona lloc la seva sol·licitud, podrà dirigir-se al seu Servei Provincial de MUFACE.

Per a la resolució d'aquest procediment la Mutualitat podrà recaptar, consultar o verificar les dades que siguin precisos en la Plataforma d'Intermediació de Dades (art.28.2 Llei 39/2015, d'1 d'octubre), podent manifestar la seva oposició expressa i justificadament.

Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió de dades, així com la resta de drets en matèria de protecció de dades davant el responsable del tractament: titular del Departament de Prestacions Socials.

Més informació a l'apartat "[Privacitat i protecció de dades](#)" y "[Delegat/da de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)" de la pàgina web de MUFACE .

*Lloc, data i signatura de la persona sol·licitant, o del seu representant,
degudament acreditat (art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre).*

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR

- Informe mèdic actualitzat que acrediti la malaltia patida per la persona beneficiària i que descrigui les seqüeles dels tractaments aplicats que justifiquen la necessitat de les adquisicions i els tractaments objecte d'aquesta ajuda segons imprès DPS 34702 disponible a la pàgina web de MUFACE.
- Certificat que el Centre on es realitzen els tractaments als quals es refereix l'apartat 8.2.d) d'aquest programa compleix amb els requisits legals per a realitzar-los.
- Factura/es que haurà/n de reunir els requisits legals i reglamentàriament exigibles.
- Certificació de la Comissió Acció Social o document administratiu similar o declaració responsable (imprès DPS 34916).