



**SOLICITUDE DE AXUDAS PARA
PERSOAS CON ENFERMIDADE
ONCOLÓXICA**

DATOS DA PERSOA TITULAR SOLICITANTE			
Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
Domicilio: rúa ou praza e número		Código postal	Localidade
País	Teléfono	Data de nacemento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)
Consiento que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos Dirección de correo electrónico: _____@_____			

DATOS DA PERSOA CAUSANTE <i>(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")</i>		
NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)	Apelidos	Nome

AXUDA SOLICITADA	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
Prótese capilar, gorro, pano, turbante oncolóxico ou gorro hipotérmico para quimioterapia. Suxeitador/é postmastectomía, postumorectomía u outros de análoga natureza. Productos de dermocosmética oncolóxica non financiados polo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Tratamentos de micropigmentación e/ou microblading oncolóxicos de cellas e pestanas.	IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C	Nº CONTA
	DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(a cubrir voluntariamente)</i>				
	Rúa, praza e número				
	Código Postal		Localidade		
Provincia			País		

De acordo co artigo 13 do RXP (UE) 2016/679, do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 e co artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Privados e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter privado que se faciliten mediante o presente formulario serán tratados coa finalidade de xestionar a súa solicitude de prestación social. De conformidade co previsto no artigo 21.4 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, infórmase que, coa recepción da presente solicitude en calquera rexistro de MUFACE procédese á incoación de expediente administrativo que deberá ser resolto no prazo de dous meses mediante resolución expresa, sendo estimatorios por silencio administrativo os efectos da falta de resolución expresa no citado prazo. Para obter maior información sobre o procedemento a que dá lugar a súa solicitude, poderá dirixirse ao seu Servizo Provincial de MUFACE.

Para a resolución deste procedemento a Mutualidade poderá solicitar, consultar ou verificar os datos que sexan precisos na Plataforma de Intermediación de Datos (art.28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar a súa oposición expresa e xustificadamente.

Pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como o resto de dereitos en materia de protección de datos ante o responsable do tratamento: titular do Departamento de Prestacións Sociais.

Máis información nos puntos "[Privacidade e protección de datos](#)" e "[Delegado/a de Protección de Datos da Mutualidade](#)" da páxina web de MUFACE.

Lugar, data e sinatura da persoa solicitante, ou do seu representante, debidamente acreditado (art. 5 da Lei 39/2015, do 1 de outubro).

DOCUMENTACIÓN ACHEGADA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe médico actualizado que acredite a enfermidade padecida pola persoa beneficiaria que describa as secuelas dos tratamentos aplicados que xustifican a necesidade das adquisición e tratamentos obxecto desta axuda, segun do impreso 34702 dispoñible na páxina web de MUFACE. ➤ Certificado de que o Centro onde se realicen os tratamentos aos que se refire o apartado 8.2.d) deste programa cumpre cos requisitos legais para realizar os mesmos. ➤ Factura/s que deberá/n reunir os requisitos legais e regulamentariamente esixibles. ➤ Certificación da Comisión Acción Social ou documento administrativo similar ou declaración responsable (impreso DPS 34916).