¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe el puntero del ratón en el espacio correspondiente de la pág. 1 y aparecerá relleno en las demás págs. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprimalo para proceder posteriormente a su entrega.

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	**REGISTRO DE PRESENTACIÓN**
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	**REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE**
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AYUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 de la resolución de convocatoria para 2026)

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR

Número de afiliación	Apellidos, Nombre	Número Identificación Fiscal

Domicilio: Calle o plaza y número	Código postal y localidad	Provincia

Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____

2 DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2025

Número de expediente	Prestación

Beneficiario/a (apellidos y nombre)	Importe mensual

3 DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:
(marque con "X" en los casos que proceda)

☐ La situación económica que sirvió de base para la concesión de la mencionada ayuda no sufrirá previsiblemente un incremento que exceda del 5% respecto al último año.

☐ El grado de discapacidad continúa siendo igual o superior al 65 por 100 o al 80 por 100, si, en este último caso no se alcanzan los 65 años de edad.

☐ La unidad de convivencia y las demás circunstancias que se tuvieron en cuenta para la concesión de la ayuda anterior no han variado.

☒ No se me ha hecho efectivo servicio alguno o prestación económica vinculada al mismo, a través del SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de estos extremos.

☒ Se cumplen los requisitos previstos en el epígrafe 9.1. tercer y cuarto párrafo de la resolución de convocatoria para 2026:

- Mantiene su validez la calificación de discapacidad que sirviera de base para su concesión en ejercicios anteriores.

- La declaración como no dependiente se ha resuelto por el órgano competente del SAAD con posterioridad a enero de 2011 o si es anterior a esta fecha, el/la interesado/a ha solicitado una nueva valoración del SAAD.

☒ Me comprometo a aportar la documentación requerida por MUFACE a efectos de verificación de lo declarado y a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en sus incompatibilidades.

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

4 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Ent. bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN *(A **rellenar** voluntariamente)*

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Otro domicilio ☐

Calle o plaza y número	
Código Postal	Localidad
Provincia	País

En virtud de la declaración formulada en el recuadro 3 y de la documentación aportada, según el recuadro 6, **SOLICITO:** La prolongación de efectos, para el **ejercicio de 2026**, de la prestación indicada y el abono del importe que corresponda en la cuenta/libreta, cuyos datos señalo.

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

De acuerdo con el **artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y 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 serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el/la Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

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

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

LIMPIAR FORMULARIO

DPS – 34150.1a (04/26) EJEMPLAR PARA EL SERVICIO PROVINCIAL DE MUFACE

6

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

(Siempre, la señalada con ☒. En su caso, las señaladas con ☐ , marcándolas con "X")

☒ Resolución de reconocimiento o no de la situación de dependencia como, en su caso, de la resolución del PIA, o de la resolución de reconocimiento de la concreta prestación, de las que se infieran la no efectividad de las prestaciones del SAAD.

☐ Solicitud de la nueva revisión a la Comunidad Autónoma en el caso de declaración como no dependiente anterior a 1 de enero de 2011.

☐ En caso de reconocimiento de la situación de dependencia, exista o no PIA, deberá presentarse certificación de la Comunidad Autónoma acreditativa de que las prestaciones del SAAD no son efectivas en el ámbito temporal de la presente convocatoria.

☐ En caso de no reconocimiento de la situación de dependencia, acreditación suficiente de la validez del grado de discapacidad que sirvió de base para la concesión de la ayuda inicial.

☐ Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Vista la presente solicitud, la documentación aportada, los antecedentes, así como la normativa aplicable, se acuerda:

☐ el RECONOCIMIENTO de la prestación correspondiente, por importe de ..... € y con efectos de 1 de enero de 2026

☐ el RECONOCIMIENTO de la prestación para las modalidades distintas a la de apoyo domiciliario en un importe equivalente al 50 por ciento del reconocido en 2025 y con efectos de …….. de 2026, por incumplir el/la solicitante alguno de los requisitos establecidos en las letras a), b) o c) del epígrafe 9.2 de la resolución de convocatoria.

☐ el RECONOCIMIENTO de la prestación en la modalidad de apoyo domiciliario por importe de 153 € mensuales, si la ayuda concedida en 2025 fue superior a esta cuantía.

☐ el RECONOCIMIENTO de una prestación por importe de …….. €, equivalente a la reconocida, pero no hecha efectiva por el SAAD y con efectos de …….. de 2026, por encontrarse el/la solicitante en el supuesto a que se refiere el epígrafe 9.5 de la resolución de convocatoria.

☐ la DENEGACIÓN de la prestación por

☐ OBSERVACIONES

En .....,a .....de .....de **.....**

EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

Fdo.:

PAGO, EN SU CASO, CONFORME:	POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL Signat:

DPS-34150.1b (04/26) EJEMPLAR PARA EL SERVICIO PROVINCIAL DE MUFACE

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

MINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD DE PROLONGACIÓN DE EFECTOS DE AYUDAS ANTERIORES
(epígrafe 9 de la resolución de convocatoria para 2026)

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR

Número de afiliación	Apellidos, Nombre	Número Identificación Fiscal

Domicilio: Calle o plaza y número	Código postal y localidad	Provincia

Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____

2 DATOS DE LA PRESTACIÓN EN 2025

Número de expediente	Prestación

Beneficiario/a (apellidos y nombre)	Importe mensual

3 DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:
(marque con "X" en los casos que proceda)

☐ La situación económica que sirvió de base para la concesión de la mencionada ayuda no sufrirá previsiblemente un incremento que exceda del 5% respecto al último año.

☐ El grado de discapacidad continúa siendo igual o superior al 65 por 100 o al 80 por 100, si, en este último caso no se alcanzan los 65 años de edad.

☐ La unidad de convivencia y las demás circunstancias que se tuvieron en cuenta para la concesión de la ayuda anterior no han variado.

☒ No se me ha hecho efectivo servicio alguno o prestación económica vinculada al mismo, a través del SAAD. Autorizo a MUFACE a solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de estos extremos.

☒ Se cumplen los requisitos previstos en el epígrafe 9.1. tercer y cuarto párrafo de la resolución de convocatoria para 2026:

- Mantiene su validez la calificación de discapacidad que sirviera de base para su concesión en ejercicios anteriores.

- La declaración como no dependiente se ha resuelto por el órgano competente del SAAD con posterioridad a enero de 2011 o si es anterior a esta fecha, el/la interesado/a ha solicitado una nueva valoración del SAAD.

☒ Me comprometo a aportar la documentación requerida por MUFACE a efectos de verificación de lo declarado y a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en sus incompatibilidades.

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

4 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN *(A **rellenar** voluntariamente)*

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Otro domicilio ☐

Calle o plaza y número	
Código Postal	Localidad
Provincia	País

En virtud de la declaración formulada en el recuadro 3 y de la documentación aportada, según el recuadro 6, **SOLICITO:** La prolongación de efectos, para el **ejercicio de 2026**, de la prestación indicada y el abono del importe que corresponda en la cuenta/libreta, cuyos datos señalo.

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

DPS – 34150.2a (04/26) EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

De acuerdo con el **artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y 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 serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el/la Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

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

DPS-34150. 2b (04/26) EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

6

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

(Siempre, la señalada con ☒ . En su caso, las señaladas con ☐, marcándolas con "X")

☒ Resolución de reconocimiento o no de la situación de dependencia como, en su caso, de la resolución del PIA, o de la resolución de reconocimiento de la concreta prestación, de las que se infieran la no efectividad de las prestaciones del SAAD.

☐ Solicitud de la nueva revisión a la Comunidad Autónoma en el caso de declaración como no dependiente anterior a 1 de enero de 2011.

☐ En caso de reconocimiento de la situación de dependencia, exista o no PIA, deberá presentarse certificación de la Comunidad Autónoma acreditativa de que las prestaciones del SAAD no son efectivas en el ámbito temporal de la presente convocatoria.

☐ En caso de no reconocimiento de la situación de dependencia, acreditación suficiente de la validez del grado de discapacidad que sirvió de base para la concesión de la ayuda inicial.

☐ Certificación de la Comisión de Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO