¡ Atención! Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, sitúe 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, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SERVICIO PROVINCIAL
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO, HIJA O MENOR EN ACOGIMIENTO A CARGO CON DISCAPACIDAD

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE PERCEPTORA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Número de afiliación

NIF/Pasaporte/D.Identificación (UE)	Domicilio: calle o plaza y número

Código postal	Localidad	Provincia	País	Teléfono

☐ Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos.

Dirección de correo electrónico: ----------

Relación con la persona causante: ☐ Padre/madre ☐ Curador/a ☐ Tutor/a ☐ Guardador/a de hecho

☐ Otros (Especifique cuál):

DATOS DE LA OTRA PERSONA PROGENITORA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)

Régimen de Seguridad Social	Correo electrónico

Relación entre las dos personas progenitoras: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a o divorciado/a

2 DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/CAUSANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento	NIF/Pasaporte/DI (UE)
			__ __/ __ __/ __ __ __	

Marque con una "X" la opción que corresponda:

1 ☐ Es hijo/a de la persona solicitante.

2 ☐ Es menor acogido/a por la persona solicitante (aportar Decisión Judicial de Acogimiento).

3 ☐ Es persona beneficiaria con documento asimilado al de afiliación, al ser huérfano/a de mutualista.

En caso de que su grado de discapacidad sea igual o superior al 75%, necesita ayuda 3ª persona ☐ Sí ☐ No.
(En caso afirmativo, debe aportar la Resolución de Discapacidad en la que se mencione expresamente o la Resolución del Reconocimiento del grado de Dependencia).

4 ☐ Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta: ☐ Propia ☐ Ajena.

Los rendimientos netos anuales que obtiene por este concepto, ☐ Sí ☐ No, superan el 100 por cien del salario mínimo Interprofesional vigente, considerado también en cómputo anual.

5 ☐ Percibe pensión por ☐ jubilación ☐ invalidez ☐ viudedad ☐ orfandad.

6 Convive con la persona solicitante ☐ Sí ☐ No.

Si no convive, especifique motivo:

DPS-21001.1 (07/24)

EJEMPLAR PARA MUFACE

Limpiar formulario

3 DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN

*Siempre el señalado con ☒; además, según lo que proceda en cada caso, el/los señalado/s con ☐, marcándolo/s con **X**.*

A ☒ Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad y dictamen técnico-facultativo en vigor, expedidos por los órganos del IMSERSO o de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales, con competencias en esta materia. En el caso de que dicha resolución no reconozca la necesidad de ayuda de tercera persona, se podrá aportar la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia.

B ☐ Si la otra persona titular de la patria potestad está afiliada a MUGEJU, certificado que acredite que no percibe esta prestación a través de MUGEJU.

C ☐ En caso de separación o divorcio, documentación acreditativa de la custodia del hijo/a.

D ☐ Si la persona causante necesita medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, documento que acredite que la persona solicitante es quien desempeña dichas medidas (en caso de tutela y curatela, nombramiento y aceptación del cargo).

E ☐ En caso de que la persona causante ejerza actividad laboral:

- ☐ **- Contrato de trabajo completo y vigente.**
- ☐ **- Tres últimas nóminas.**
- ☐ **- En caso de trabajador/a por cuenta propia, deberá presentar documentación acreditativa de los ingresos que percibe por su actividad laboral.**

F ☐ Si se percibía alguna pensión, prestación o subsidio incompatible: documento que acredite que se ha dado de baja dicha prestación incompatible, indicando los efectos de la baja.

G ☐ Si la persona causante es una persona menor en régimen de acogimiento familiar, tanto de carácter permanente como preadoptivo: decisión administrativa o judicial de acogimiento.

4 FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA BANCARIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN *(ver instrucciones)*

Calle o plaza y número	
Código postal	Localidad
Provincia	País

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá consultar o verificar los datos necesarios para resolver su solicitud y gestionar en su caso la prestación reconocida (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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1.- Todos los datos consignados en esta solicitud **son ciertos y completos.**

2.- Ni percibo ni he solicitado prestación por el mismo hecho y para la misma persona causante en ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

3.- Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión no contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensión asistencial regulada en la Ley 45/1960, de 21 de julio, y con los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril.

Por ello, manifiesto que:

- ☐ No percibo cuantía alguna por tales conceptos.
- ☐ Percibo alguna pensión o prestación, pero he manifestado mi opción a favor de la prestación de MUFACE.
- ☐ Percibo algún subsidio, pero he manifestado mi renuncia al mismo.

4.- Conozco que estoy obligado/a a comunicar inmediatamente a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos de la prestación.

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

EJEMPLAR PARA MUFACE

DPS-21001.1 (07/24)

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 Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.
Más información: http://www.muface.es/proteccion dedatos Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

Limpiar formulario

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SERVICIO PROVINCIAL
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO, HIJA O MENOR EN ACOGIMIENTO A CARGO CON DISCAPACIDAD

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE PERCEPTORA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Número de afiliación

NIF/Pasaporte/D.Identificación (UE)	Domicilio: calle o plaza y número

Código postal	Localidad	Provincia	País	Teléfono

☐ Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos.

Dirección de correo electrónico: ----------

Relación con la persona causante: ☐ Padre/madre ☐ Curador/a ☐ Tutor/a ☐ Guardador/a de hecho

☐ Otros (Especifique cuál):

DATOS DE LA OTRA PERSONA PROGENITORA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/Pasaporte/D. Identificación (UE)

Régimen de Seguridad Social	Correo electrónico

Relación entre las dos personas progenitoras: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a o divorciado/a

2 DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD/CAUSANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento	NIF/Pasaporte/DI (UE)
			__ __/ __ __/ __ __ __	

Marque con una "X" la opción que corresponda:

1 ☐ Es hijo/a de la persona solicitante.

2 ☐ Es menor acogido/a por la persona solicitante (aportar Decisión Judicial de Acogimiento).

3 ☐ Es persona beneficiaria con documento asimilado al de afiliación, al ser huérfano/a de mutualista.

En caso de que su grado de discapacidad sea igual o superior al 75%, necesita ayuda 3ª persona ☐ Sí ☐ No.
(En caso afirmativo, debe aportar la Resolución de Discapacidad en la que se mencione expresamente o la Resolución del Reconocimiento del grado de Dependencia).

4 ☐ Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta: ☐ Propia ☐ Ajena.

Los rendimientos netos anuales que obtiene por este concepto, ☐ Sí ☐ No, superan el 100 por cien del salario mínimo Interprofesional vigente, considerado también en cómputo anual.

5 ☐ Percibe pensión por ☐ jubilación ☐ invalidez ☐ viudedad ☐ orfandad.

6 Convive con la persona solicitante ☐ Sí ☐ No.

Si no convive, especifique motivo:

DPS-21001.2 (07/24)

EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

3 DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN

*Siempre el señalado con ☒; además, según lo que proceda en cada caso, el/los señalado/s con ☐, marcándolo/s con **X**.*

A ☒ Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad y dictamen técnico-facultativo en vigor, expedidos por los órganos del IMSERSO o de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales, con competencias en esta materia. En el caso de que dicha resolución no reconozca la necesidad de ayuda de tercera persona, se podrá aportar la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia.

B ☐ Si la otra persona titular de la patria potestad está afiliada a MUGEJU, certificado que acredite que no percibe esta prestación a través de MUGEJU.

C ☐ En caso de separación o divorcio, documentación acreditativa de la custodia del hijo/a.

D ☐ Si la persona causante necesita medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, documento que acredite que la persona solicitante es quien desempeña dichas medidas (en caso de tutela y curatela, nombramiento y aceptación del cargo).

E ☐ En caso de que la persona causante ejerza actividad laboral:

- ☐ **- Contrato de trabajo completo y vigente.**
- ☐ **- Tres últimas nóminas.**
- ☐ **- En caso de trabajador/a por cuenta propia, deberá presentar documentación acreditativa de los ingresos que percibe por su actividad laboral.**

F ☐ Si se percibía alguna pensión, prestación o subsidio incompatible: documento que acredite que se ha dado de baja dicha prestación incompatible, indicando los efectos de la baja.

G ☐ Si la persona causante es una persona menor en régimen de acogimiento familiar, tanto de carácter permanente como preadoptivo: decisión administrativa o judicial de acogimiento.

4 FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA BANCARIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN *(ver instrucciones)*

Calle o plaza y número	
Código postal	Localidad
Provincia	País

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá consultar o verificar los datos necesarios para resolver su solicitud y gestionar en su caso la prestación reconocida (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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1.- Todos los datos consignados en esta solicitud **son ciertos y completos.**

2.- Ni percibo ni he solicitado prestación por el mismo hecho y para la misma persona causante en ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

3.- Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión no contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensión asistencial regulada en la Ley 45/1960, de 21 de julio, y con los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril.

Por ello, manifiesto que:

- ☐ No percibo cuantía alguna por tales conceptos.
- ☐ Percibo alguna pensión o prestación, pero he manifestado mi opción a favor de la prestación de MUFACE.
- ☐ Percibo algún subsidio, pero he manifestado mi renuncia al mismo.

4.- Conozco que estoy obligado/a a comunicar inmediatamente a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos de la prestación.

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

EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

DPS-21001.2 (07/24)

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 Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.
Más información: http://www.muface.es/proteccciondedatos Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

INSTRUCCIONES GENERALES

* No escriba en los espacios sombreados con trama.

* Escriba siempre en letras mayúsculas.

INSTRUCCIONES PARA LOS EPÍGRAFES QUE SE INDICAN

1.- Datos de la persona solicitante perceptora.

- En el caso de que la persona solicitante sea la propia persona con discapacidad, en el espacio "Relación con la persona causante" indique "la misma persona". De no ser así, señale el parentesco o, en su caso, la palabra "representante".
  Esta situación se producirá cuando la persona con discapacidad tenga 18 ó más años, no haya sido incapacitada judicialmente y conserve su capacidad de obrar.

- En cualquier supuesto, debe anotarse el domicilio actual de la persona solicitante.

- **Datos de la otra persona que es titular de la patria potestad o tutela (en su caso):**
  En el recuadro "Régimen de Seguridad Social" se indicará el que corresponda a esta persona, cualquiera que sea el Régimen público de Seguridad Social al que esté afiliada (en caso de no existir dicha persona, indíquese y justifíquese la causa).

2.- Datos de la persona con discapacidad causante.

- Las cuadrículas que se marquen y los datos que se transcriban deben reflejar adecuadamente la situación de la persona causante respecto a:
  - La persona mutualista o la persona titular de documento asimilado al de afiliación de MUFACE.
  - Su propia pertenencia o no al colectivo de MUFACE.
  - La realización o no de una actividad laboral lucrativa, la percepción de alguna pensión contributiva y su posible afiliación obligatoria al respectivo Régimen de Seguridad Social.

5.- Datos de notificación.

- Sólo se rellenará si se desea que las notificaciones se reciban en un domicilio distinto al señalado por la persona solicitante en el epígrafe 1.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

La prestación por hijo, hija o menor en acogimiento a cargo con discapacidad, consiste en una asignación económica, cuya cuantía, fijada por Ley, se suele actualizar, en general, por las Leyes anuales de Presupuestos Generales del Estado, y que varía, en principio, en función de que la persona causante con discapacidad sea menor o mayor de 18 años. En el primer caso, se exige una discapacidad en grado igual o superior al 33 por cien y la cuantía es única; en el segundo, es necesario que la discapacidad sea en grado igual o superior al 65 por cien y la cuantía también es única, salvo que alcance el 75 por cien y, además, la persona causante con discapacidad necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, en cuyo supuesto la asignación es superior.

Pueden causar también la prestación los hijos, hijas o menores acogidos/as con discapacidad, que estén a cargo de una persona mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación y convivan con dicha persona, que, encontrándose en las situaciones de discapacidad señaladas en el párrafo anterior, realicen una actividad laboral lucrativa, siempre que los ingresos que perciban por este concepto, en cómputo anual, no superen el 100 por cien del salario mínimo interprofesional vigente, también en cómputo anual. El realizar actividad laboral o el cobro de rentas asimiladas al salario (desempleo, renta activa de inserción...) es la única excepción que se admite para justificar que la persona con discapacidad, de baja en el colectivo de MUFACE, tenga derecho a la prestación de hijo, hija o menor en acogimiento a cargo con discapacidad.

Con carácter general, los efectos de las altas, reposiciones y variaciones que supongan un aumento en la cuantía de la prestación se producirán al trimestre natural inmediatamente siguiente a aquél en que se presente la solicitud, siempre que dicha solicitud se acompañe de la documentación necesaria. En los casos en que las variaciones supongan una reducción o extinción de la prestación, ésta ocurrirá el último día del trimestre natural en que se haya producido dicha variación, sin tener en consideración la fecha de comunicación de la misma. Si la variación se debe al cumplimiento de los 18 años, la modificación de la cuantía se realizará de oficio, siempre que MUFACE disponga de la documentación que acredite el derecho a tal modificación.
A partir de la fecha de efectos, la prestación se abona por MUFACE, mensualmente, incluyendo en el primer pago los atrasos, si los hubiere.

La persona solicitante perceptora de la prestación está obligada a comunicar a MUFACE, con carácter inmediato, cualquier variación en las circunstancias declaradas en la presente solicitud, que puedan afectar a los requisitos de la prestación.

Sin perjuicio de ello, MUFACE solicitará anualmente la actualización de los datos que acrediten la persistencia de los requisitos necesarios para el mantenimiento del derecho al percibo de la prestación.

Cualquier abono que se efectúe indebidamente durante un período en que no se reunieran los requisitos necesarios, dará lugar al oportuno reintegro de las percepciones indebidas.