



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN
DE GRAN INVALIDEZ**

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

1	DATOS DEL/DE LA MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)		Domicilio: Calle o Plaza y número	
	Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indiquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____.			

2	REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN (Marque con "X" las cuadrículas y consigne las fechas que, según su situación, le correspondan)		
	HECHO CAUSANTE DE LA GRAN INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> a) Pérdida total de visión de ambos ojos. <input type="checkbox"/> b) Pérdida anatómica o funcional, total o en sus partes esenciales, de las dos extremidades superiores o de las dos inferiores (conceptuándose partes esenciales el pie y la mano). <input type="checkbox"/> c) Cualquier otra pérdida anatómica o funcional que comporte la necesidad del/de la mutualista de ser asistido/a por otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.	
		<input type="checkbox"/> La causa señalada existía en la fecha de la jubilación por incapacidad permanente para el servicio. <i>Fecha de jubilación</i>/...../..... <input type="checkbox"/> La causa señalada se ha producido con posterioridad a la fecha de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. <i>Fecha de nacimiento</i>/...../.....	
	<i>No precisa rellenar este apartado si su caso es el de gran invalidez derivada de enfermedad profesional o de accidente en acto de servicio o como consecuencia de él.</i>		
COBERTURA DEL PERÍODO DE CARENCIA	<input type="checkbox"/> Percibo pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio de Clases Pasivas	<input type="checkbox"/> No percibo pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio de Clases Pasivas.	<input type="checkbox"/> He cotizado a MUFACE como funcionario/a en activo o asimilado durante un periodo total de [] años [] meses [] días <i>fecha inicio cotización</i>/...../..... <i>fecha última cotización</i>/...../..... <input type="checkbox"/> He cotizado a MUFACE como mutualista voluntario/a durante un periodo total de [] años [] meses [] días <i>fecha inicio cotización</i>/...../..... <i>fecha última cotización</i>/...../..... <input type="checkbox"/> He cotizado a otros Regímenes Públicos de Seguridad Social durante un periodo total de [] años [] meses [] días <i>fecha inicio cotización</i>/...../..... <i>fecha última cotización</i>/...../.....

3	DOCUMENTOS A APORTAR (Los correspondientes a cada caso, marcando la cuadrícula con "X")		
	¿El hecho causante de la gran invalidez EXISTÍA en la fecha de su jubilación?	¿Es percceptor/a de pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio de Clases Pasivas?	Justificantes a presentar
	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	b.1; b.3
		NO <input type="checkbox"/>	b.3; b.1 ó b.4 ; b.6
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	b.2 ; b.5
	NO <input type="checkbox"/>	b.2 ó b.4; b.5 ; b.6	
<input type="checkbox"/> b.1.-Certificación del órgano administrativo o del habilitado/a acreditativa del importe íntegro mensual que deba figurar en su nómina de la pensión de jubilación correspondiente al mes siguiente al de la fecha de jubilación. <input type="checkbox"/> b.2.-Certificación del órgano administrativo o del habilitado/a acreditativa del importe íntegro mensual que deba figurar en su nómina de la pensión de jubilación correspondiente al mes siguiente al de la fecha de presentación de la solicitud. <input type="checkbox"/> b.3.-Fotocopia del dictamen emitido en el procedimiento de jubilación por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) o, de no ser competente el EVI, por un Tribunal Médico Oficial, del Estado o de las Comunidades Autónomas. <input type="checkbox"/> b.4.-Certificación del órgano administrativo correspondiente, relativa a las retribuciones básicas íntegras que le deban haber sido acreditadas en nómina en el mes de su jubilación o, de no haber estado en activo en dicho mes, las que hubiera correspondido acreditarle. <input type="checkbox"/> b.5.-Fotocopia de los informes y dictámenes médicos o psicológicos que estime conveniente aportar, tales como: calificación de minusvalía, expedida por el IMSERSO u Organismo competente de las Comunidades Autónomas, dictamen de un Tribunal Médico Oficial, etc. <input type="checkbox"/> b.6.-Certificaciones acreditativas de las cotizaciones efectuadas a otros Regímenes públicos de Seguridad Social.			

INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

(extracto)

- Generalmente, la prestación de “Remuneración de la persona encargada de la asistencia al gran inválido” o, abreviadamente, “Prestación de gran invalidez”, consiste en el abono a la persona beneficiaria de una cantidad mensual igual al 50 por 100 del importe que, en concepto de “íntegro” mensual, deba figurar en la nómina de la pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, sin tener en cuenta las reducciones por confluir con otras posibles pensiones públicas.
- De forma similar se actuará cuando la pensión que corresponda a la persona solicitante haya sido reconocida por otro Régimen público de Seguridad Social, por un concepto equivalente al de incapacidad permanente para el servicio.
- Cuando la persona solicitante no tenga derecho a pensión en los términos que se indican en los párrafos anteriores, el importe mensual de la prestación será del 50 por 100 del resultado de dividir entre 12, la suma de los siguientes conceptos, correspondientes a su Cuerpo, Escala o plaza, en su importe íntegro anual (según las cuantías en vigor en el mes de la jubilación): sueldo, trienios efectivamente completados y pagas extraordinarias.
- En los meses de junio y diciembre, además de la mensualidad corriente, se abonarán pagas extraordinarias.
- Si percibe pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio o por concepto equivalente, el importe de su prestación se actualizará en la misma proporción que dicha pensión.
- Si no percibe tal tipo de pensión, la actualización se realizará mediante la aplicación del coeficiente del incremento medio de las pensiones de Clases Pasivas que establezca para cada año la Ley de Presupuestos Generales de Estado.
- En caso de concesión, en la notificación se le indicará lo siguiente:
 - fecha a partir de la cual se podrá proceder a la revisión del grado de gran invalidez,
 - instrucciones acerca de cómo llevar a cabo la actualización periódica de la prestación, así como para acreditar su continuidad.
- Es muy importante que cumpla todos los años los requisitos para la actualización y la acreditación en los plazos que se señalen, para evitar retrasos en la percepción revalorizada de la prestación.

NOTA.- Para mayor detalle, puede consultarse el Reglamento General del Mutualismo Administrativo (artículos 106 y 107, entre otros), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo (B.O. del E. de 11 de abril).

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en 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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- a) **Todos los datos** consignados **son ciertos y completos.**
- b) No percibo prestación o pensión dirigida a la misma finalidad, otorgada por un Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre del PAC de las AAPP)

DATOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente)

Domicilio: Particular Laboral Otro domicilio

Calle, plaza y número

Código postal

Localidad

Provincia

País

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/protecciondedatos> - Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad.

DILIGENCIA

Se rellenará este apartado si, en el tratamiento informático de la solicitud, no se detectan para el/la mutualista las condiciones de afiliación o alta precisas para causar el derecho a la prestación.

Igualmente, se rellenará en los casos en que el/la solicitante no perciba pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio por el Régimen de Clases Pasivas del Estado, con el fin de acreditar la verificación de los periodos de cotización alegados.

Se han comprobado los datos del/de la mutualista al/a la que se refiere la presente solicitud y en la fecha de su presentación o en la fecha del hecho causante, si ésta fuese anterior,

reunía las condiciones de afiliación, alta y, en su caso, de cotización, precisas para la prestación.

no reunía las condiciones de afiliación, alta o cotización precisas para la prestación, por

,a de de

EL/LA JEFE/A DE COLECTIVOS

INFORME DEL ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL *(puede ampliarse en hojas adicionales)*

Debe emitirse cuando el hecho causante fuera la pérdida total de visión de ambos ojos o la pérdida anatómica o funcional de las dos extremidades superiores o inferiores y tales extremos no quedaran contemplados en el informe del EVI o del órgano de valoración competente.

Vista la presente solicitud y la documentación que figura en el expediente, se emite el siguiente informe:

, a de de

EL/LA ASESOR/A MÉDICO/A,

PROPUESTA

Vista la presente solicitud, los informes emitidos, los antecedentes oportunos y la documentación aportada, así como la normativa aplicable, SE PROPONE:

La DECLARACIÓN de la situación de gran invalidez del/de la solicitante y, consecuentemente, el RECONOCIMIENTO de la prestación "Remuneración de la persona encargada de la asistencia al gran inválido", por un importe mensual inicial de

La DENEGACIÓN de la declaración de gran invalidez por:

, a de de
EL/LA JEFE/A DE PRESTACIONES

EJEMPLAR PARA MUFACE



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN
DE GRAN INVALIDEZ**

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

1	DATOS DEL/DE LA MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	NIF/Pasaporte/D.Identificación (U.E.)		Domicilio: Calle o Plaza y número	
	Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indiquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____.			

2	REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN (Marque con "X" las cuadrículas y consigne las fechas que, según su situación, le correspondan)		
	HECHO CAUSANTE DE LA GRAN INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> a) Pérdida total de visión de ambos ojos. <input type="checkbox"/> b) Pérdida anatómica o funcional, total o en sus partes esenciales, de las dos extremidades superiores o de las dos inferiores (conceptuándose partes esenciales el pie y la mano). <input type="checkbox"/> c) Cualquier otra pérdida anatómica o funcional que comporte la necesidad del/de la mutualista de ser asistido/a por otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.	
		<input type="checkbox"/> La causa señalada existía en la fecha de la jubilación por incapacidad permanente para el servicio. <i>Fecha de jubilación</i>/...../..... <input type="checkbox"/> La causa señalada se ha producido con posterioridad a la fecha de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. <i>Fecha de nacimiento</i>/...../.....	
	<i>No precisa rellenar este apartado si su caso es el de gran invalidez derivada de enfermedad profesional o de accidente en acto de servicio o como consecuencia de él.</i>		
COBERTURA DEL PERÍODO DE CARENCIA	<input type="checkbox"/> Percibo pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio de Clases Pasivas	<input type="checkbox"/> No percibo pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio de Clases Pasivas.	<input type="checkbox"/> He cotizado a MUFACE como funcionario/a en activo o asimilado durante un periodo total de [] años [] meses [] días <i>fecha inicio cotización</i>/...../..... <i>fecha última cotización</i>/...../..... <input type="checkbox"/> He cotizado a MUFACE como mutualista voluntario/a durante un periodo total de [] años [] meses [] días <i>fecha inicio cotización</i>/...../..... <i>fecha última cotización</i>/...../..... <input type="checkbox"/> He cotizado a otros Regímenes Públicos de Seguridad Social durante un periodo total de [] años [] meses [] días <i>fecha inicio cotización</i>/...../..... <i>fecha última cotización</i>/...../.....

3	DOCUMENTOS A APORTAR (Los correspondientes a cada caso, marcando la cuadrícula con "X")		
	¿El hecho causante de la gran invalidez EXISTÍA en la fecha de su jubilación?	¿Es perceptor/a de pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio de Clases Pasivas?	Justificantes a presentar
	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	b.1; b.3
		NO <input type="checkbox"/>	b.3; b.1 ó b.4 ; b.6
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	b.2 ; b.5
	NO <input type="checkbox"/>	b.2 ó b.4; b.5 ; b.6	
<input type="checkbox"/> b.1.-Certificación del órgano administrativo o del habilitado/a acreditativa del importe íntegro mensual que deba figurar en su nómina de la pensión de jubilación correspondiente al mes siguiente al de la fecha de jubilación. <input type="checkbox"/> b.2.-Certificación del órgano administrativo o del habilitado/a acreditativa del importe íntegro mensual que deba figurar en su nómina de la pensión de jubilación correspondiente al mes siguiente al de la fecha de presentación de la solicitud. <input type="checkbox"/> b.3.-Fotocopia del dictamen emitido en el procedimiento de jubilación por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) o, de no ser competente el EVI, por un Tribunal Médico Oficial, del Estado o de las Comunidades Autónomas. <input type="checkbox"/> b.4.-Certificación del órgano administrativo correspondiente, relativa a las retribuciones básicas íntegras que le deban haber sido acreditadas en nómina en el mes de su jubilación o, de no haber estado en activo en dicho mes, las que hubiera correspondido acreditarle. <input type="checkbox"/> b.5.-Fotocopia de los informes y dictámenes médicos o psicológicos que estime conveniente aportar, tales como: calificación de minusvalía, expedida por el IMSERSO u Órgano competente de las Comunidades Autónomas, dictamen de un Tribunal Médico Oficial, etc. <input type="checkbox"/> b.6.-Certificaciones acreditativas de las cotizaciones efectuadas a otros Regímenes públicos de Seguridad Social.			

EJEMPLAR PARA EL/A INTERESADO/A

INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN (extracto)

- Generalmente, la prestación de “Remuneración de la persona encargada de la asistencia al gran inválido” o, abreviadamente, “Prestación de gran invalidez”, consiste en el abono a la persona beneficiaria de una cantidad mensual igual al 50 por 100 del importe que, en concepto de “íntegro” mensual, deba figurar en la nómina de la pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, sin tener en cuenta las reducciones por confluir con otras posibles pensiones públicas.
- De forma similar se actuará cuando la pensión que corresponda a la persona solicitante haya sido reconocida por otro Régimen público de Seguridad Social, por un concepto equivalente al de incapacidad permanente para el servicio.
- Cuando la persona solicitante no tenga derecho a pensión en los términos que se indican en los párrafos anteriores, el importe mensual de la prestación será del 50 por 100 del resultado de dividir entre 12, la suma de los siguientes conceptos, correspondientes a su Cuerpo, Escala o plaza, en su importe íntegro anual (según las cuantías en vigor en el mes de la jubilación): sueldo, trienios efectivamente completados y pagas extraordinarias.
- En los meses de junio y diciembre, además de la mensualidad corriente, se abonarán pagas extraordinarias.
- Si percibe pensión de jubilación por incapacidad permanente para el servicio o por concepto equivalente, el importe de su prestación se actualizará en la misma proporción que dicha pensión.
- Si no percibe tal tipo de pensión, la actualización se realizará mediante la aplicación del coeficiente del incremento medio de las pensiones de Clases Pasivas que establezca para cada año la Ley de Presupuestos Generales de Estado.
- En caso de concesión, en la notificación se le indicará lo siguiente:
 - fecha a partir de la cual se podrá proceder a la revisión del grado de gran invalidez,
 - instrucciones acerca de cómo llevar a cabo la actualización periódica de la prestación, así como para acreditar su continuidad.
- Es muy importante que cumpla todos los años los requisitos para la actualización y la acreditación en los plazos que se señalen, para evitar retrasos en la percepción revalorizada de la prestación.

NOTA.- Para mayor detalle, puede consultarse el Reglamento General del Mutualismo Administrativo (artículos 106 y 107, entre otros), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo (B.O. del E. de 11 de abril).

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta

Para la resolución de este procedimiento, MUFACE podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en 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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- a) **Todos los datos** consignados **son ciertos y completos.**
- b) No percibo prestación o pensión dirigida a la misma finalidad, otorgada por un Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre del PAC de las AAPP)

DATOS DE NOTIFICACIÓN (A cumplimentar voluntariamente)

Domicilio: Particular Laboral Otro domicilio

Calle, plaza y número

Código postal

Localidad

Provincia

País

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/protecciondedatos> - Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad.