¡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

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DE GRAN INVALIDESA

1 DADES DEL/DE LA MUTUALISTA SOL·LICITANT

Número d''afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom

NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)	Domicili: carrer o plaça i número

Codi postal	Localitat	Província	Telèfon

Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueun-os si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____

2 REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ *(Marqueu amb "X" les caselles i consigneu les dates que, segons la vostre situació, us corresponguin)*

FET CAUSANT DE LA GRAN INVALIDESA

- ☐ a) Pèrdua total de visió d'ambdós ulls.
- ☐ b) Pèrdua anatòmica o funcional, total o en les seves parts essencials, de les dues extremitats superiors o de les dues inferiors (són parts essencials el peu i la mà).
- ☐ c) Qualsevol altra pèrdua anatòmica o funcional que comporti la necessitat del/de la mutualista de ser assistit/assistida per una altra persona per a realitzar els actes més essencials de la vida, com ara vestir-se, desplaçar-se, menjar o anàlegs.

- ☐ La causa assenyalada existia en la data de jubilació per incapacitat permanent per al servei.
  Data de jubilació .
- ☐ La causa assenyalada s'ha produït amb posterioritat a la data de jubilació per incapacitat permanent per al servei.
  Data de naixement

COBERTURA DEL PERÍODE DE CARÈNCIA

No cal emplenar aquest apartat si el vostre cas és la gran invalidesa derivada de malaltia professional o d'accident en acte de servei o com a conseqüència d'aquest.

- ☐ Percebo pensió de jubilació per incapacitat permanent per al se rvei de Classes Passives
- ☐ No percebo pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei de **Classes Passives.**

- ☐ He cotitzat a MUFACE com a funcionari/funcionària en actiu o assimilat durant un període total de anys mesos dies
  data inici cotització . *data darrera cotització* .
- ☐ He cotitzat a MUFACE com a mutualista voluntari/voluntària durant un període total de anys mesos dies
  data inici cotització *data darrera cotització*
- ☐ He cotitzat a altres Règims Públics de Seguretat Social durant un període total de anys mesos dies
  data inici cotització *data darrera cotització*

3 DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR *(Els corresponents a cada cas, marcant la quadrícula amb "X")*

El fet causant de la gran invalidesa EXISTIA en la data de jubilació?	És perceptor/a de pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei de Classes Passives?	Justificants que s'han de presentar
SI ☐	SI ☐	b.1; b.3
	NO ☐	b.3; b.1 ó b.4; b.6
NO ☐	SI ☐	b.2; b.5
	NO ☐	b.2 ó b.4; b.5; b.6

- ☐ b.1.-Certificació de l'òrgan administratiu o de l'habilitat/a acreditativa de l'import íntegre mensual que hagi de figurar en la nòmina de la pensió de jubilació corresponent **al mes següent al de la data de jubilació**.
- ☐ b.2.-Certificació de l'òrgan administratiu o de l'habilitat/a acreditativa de l'import íntegre mensual que hagi de figurar en la nòmina de la pensió de jubilació corresponent **al mes següent al de la data de presentació de la sol·licitud**.
- ☐ b.3.-Fotocòpia del dictamen emès en el procediment de jubilació per l'Equip de Valoració d'Incapacitats (EVI) o, si no és competent l'EVI, pel Tribunal Mèdic Oficial, de l'Estat o de les Comunitats Autònomes.
- ☐ b.4.-Certificació de l'òrgan administratiu corresponent, relativa a les retribucions bàsiques íntegres que us hagin estat acreditades en nòmina en el mes de jubilació o, si no estàveu en actiu l'esmentat mes, les que us hauria correspost acreditar.
- ☐ b.5.-Fotocòpia dels informes i dictàmens mèdics o psicològics que estimeu oportú aportar, com: qualificació de minusvalidesa expedida per l'IMSERSO o Òrgan competent de les Comunitats Autònomes, dictamen d'un Tribunal Mèdic Oficial, etc.
- ☐ b.6.-Certificacions acreditatives de les cotitzacions efectuades a altres Régims públics de Seguretat Social.

LIMPIAR FORMULARIO

EXEMPLAR PER A MUFACE

4 INFORMACIÓ SOBRE LA PRESTACIÓ
(extracte)

— *Normalment, la prestació de "Remuneració de la persona encarregada de l'assistència a un gran invàlid" o, abreujadament, "Prestació de gran invalidesa", consisteix en l'abonament a la persona beneficiària d'una quantitat mensual igual al 50 per 100 de l'import que, en concepte d'in-tegre mensual, ha de figurar en la nòmina de la pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei, sense tenir en compte les reduccions per confluència amb altres possibles pensions públiques..*

— *De forma similar s'actuarà quan la pensió que correspongui a la persona sol·licitant hagi sigut reconeguda per un altre Règim públic de Seguretat Social, per un concepte equivalent al d'incapacitat permanent per al servei.*

— *Quan la persona sol·licitant no tingui dret a pensió en els termes que s'indiquen en els paràgrafs anteriors, l'import mensual de la prestació serà del 50 per 100 del resultat de dividir entre 12, la suma dels següents conceptes, corresponents al seu Cos, Escala o plaça,en el seu import íntegre anual (segons les quanties vigents en el mes de la jubilació): sou, triennis efectivament completats i pagues extraordinàries .*

— *En els mesos de juny i desembre, a més de la mensualitat corrent, s'abonen pagues extraordinàries.*

— *Si percep pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei o per concepte equivalent, l'import de la prestació s'actualitzarà en la mateixa proporció que la pensió.*

— *Si no percep aquesta pensió, l'actualització es realitzarà mitjançant l'aplicació del coeficient de l'increment mitjà de les pensions deClasses Passives que estableixi per a cada any la Llei de Pressupostos Generals de l'Estat.*

— *En cas de concessió, en la notificació s'hi ha d'indicar:*
- *data a partir de la qual es pot procedir a la revisió del grau de gran invalidesa,,*
- *instruccions sobre com dur a terme l'actualització periòdica de la prestació, aixi com per a acreditar-ne la continuitat.*

— *És molt important que compleixi cada any els requisits per a l'actualització i l'acreditació en els terminis que s'assenyalen, per a evitar endarreriments en la percepció revaloritzada de la prestació.*

NOTA.- Per a més detall, pot consultar-se el Reglament General del Mutualisme Administratiu (articles 106 i 107, entre altres), apro-vat per Reial Decret 375/2003, de 28 de març (BOE de l'11 d'abril).

5 DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC	Número de compte/llibreta

6 DADES DE NOTIFICACIÓ (Per emplenar voluntàriament)

Domicili: Particular ☐ Laboral ☐ Un altre domicili ☐

Carrer, plaça i número

Còdi postal	Localitat

Provincia	País

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'IIdentitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

a) **Totes les dades** consignades **són certes i completes.**

b) No percebo prestació o pensió dirigida a la mateixa finalitat, atorgada per un Règim públic de Seguretat Social.

LLOC, DATA I SIGNATURA DEL/DE LA SOL·LICITANT, o representant degudament acreditat/acreditada (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del PAC de les AAPP)

D'acord amb **l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals**, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: http://www.muface.es/protecciondedatos - Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat.

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L' ESTAT

LIMPIAR FORMULARIO

EXEMPLAR PER A MUFACE

DILIGÈNCIA

Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada perquè manquen en el/la mutualista les condicions d'afiliació o alta necessàries per tenir dret a la prestació.

Igualment, s'ha d'emplenar en els casos en què el/la sol·licitant no rebi pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei pel Règim de Classes Passives de l'Estat, a fi d'acreditar la verificació dels períodes de cotització al·legats.

S'han comprovat les dades del/de la mutualista al/ a la qual es refereix aquesta sol·licitud i en la data de la seva presentació o en la data del fet causant, si aquesta és anterior,

☐ reunia les condicions d'afiliació, alta i, si escau, de cotització, necessàries per a la prestació.

☐ no reunia les condicions d'afiliació, alta o cotització necessàries per a la prestació, per

,de/d' de

EL/LA CAP DE COL·LECTIUS

INFORME DE L'ASSESSOR/A MÈDIC/A DEL SERVEI PROVINCIAL *(pot ampliar-se en fulls addicionals)*

S'ha d'emetre quan la causa al·legada sigui la pèrdua total de visió d'ambdós ulls o la pèrdua anatòmica o funcional de les dues extremitats superiors o inferiors i no quedi recollit en l'informe de l'EVI o de l'òrgan de valoració competent.

Vista aquesta sol·licitud i la documentació que figura en l'expedient, s'emet aquest informe:

, de/d' de

L' ASSESSOR/A MÈDIC/A,

EXEMPLAR PER A MUFACE

PROPOSTA

Vista aquesta sol·licitud, els informes emesos, els antecedents oportuns i la documentació aportada, així com la normativa aplicable, és procedent:

☐ DECLARAR la situació de gran invalidesa del/de la sol·licitant i,en conseqüència, el RECONEIXEMENT de la prestació “Remuneració de la persona encarregada de l'assistència al gran invàlid”, per un import mensual inicial de

☐ DENEGAR la declaració de gran invalidesa per:

, de/d' de

EL/LA CAP DE PRESTACIONS

: EXEMPLAR PER A MUFACE

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DE GRAN INVALIDESA

1 DADES DEL/DE LA MUTUALISTA SOL·LICITANT

Número d''afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom

NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)	Domicili: carrer o plaça i número

Codi postal	Localitat	Província	Telèfon

Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueun-os si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____

2 REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ ***(Marqueu amb "X" les caselles i consigneu les dates que, segons la vostre situació, us corresponguin)***

FET CAUSANT DE LA GRAN INVALIDESA

- ☐ a) Pèrdua total de visió d'ambdós ulls.
- ☐ b) Pèrdua anatòmica o funcional, total o en les seves parts essencials, de les dues extremitats superiors o de les dues inferiors (són parts essencials el peu i la mà).
- ☐ c) Qualsevol altra pèrdua anatòmica o funcional que comporti la necessitat del/de la mutualista de ser assistit/assistida per una altra persona per a realitzar els actes més essencials de la vida, com ara vestir-se, desplaçar-se, menjar o anàlegs.

- ☐ La causa assenyalada existia en la data de jubilació per incapacitat permanent per al servei.
  Data de jubilació .
- ☐ La causa assenyalada s'ha produït amb posterioritat a la data de jubilació per incapacitat permanent per al servei.
  Data de naixement

COBERTURA DEL PERÍODE DE CARÈNCIA

No cal emplenar aquest apartat si el vostre cas és la gran invalidesa derivada de malaltia professional o d'accident en acte de servei o com a conseqüència d'aquest.

- ☐ Percebo pensió de jubilació per incapacitat permanent per al se rvei de Classes Passives
- ☐ No percebo pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei de **Classes Passives.**

- ☐ He cotitzat a MUFACE com a funcionari/funcionària en actiu o assimilat durant un període total de anys mesos dies
  data inici cotització *data darrera cotització*
- ☐ He cotitzat a MUFACE com a mutualista voluntari/voluntària durant un període total de anys mesos dies
  data inici cotització *data darrera cotització*
- ☐ He cotitzat a altres Règims Públics de Seguretat Social durant un període total de anys mesos dies
  data inici cotització *data darrera cotització*

3 DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR *(Els corresponents a cada cas, marcant la quadrícula amb "X")*

El fet causant de la gran invalidesa EXISTIA en la data de jubilació?	És perceptor/a de pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei de Classes Passives?	Justificants que s'han de presentar
SI ☐	SI ☐	b.1; b.3
	NO ☐	b.3; b.1 ó b.4; b.6
NO ☐	SI ☐	b.2; b.5
	NO ☐	b.2 ó b.4; b.5; b.6

- ☐ b.1.-Certificació de l'òrgan administratiu o de l'habilitat/a acreditativa de l'import íntegre mensual que hagi de figurar en la nòmina de la pensió de jubilació corresponent **al mes següent al de la data de jubilació**.
- ☐ b.2.-Certificació de l'òrgan administratiu o de l'habilitat/a acreditativa de l'import íntegre mensual que hagi de figurar en la nòmina de la pensió de jubilació corresponent **al mes següent al de la data de presentació de la sol·licitud**.
- ☐ b.3.-Fotocòpia del dictamen emès en el procediment de jubilació per l'Equip de Valoració d'Incapacitats (EVI) o, si no és competent l'EVI, pel Tribunal Mèdic Oficial, de l'Estat o de les Comunitats Autònomes.
- ☐ b.4.-Certificació de l'òrgan administratiu corresponent, relativa a les retribucions bàsiques íntegres que us hagin estat acreditades en nòmina en el mes de jubilació o, si no estàveu en actiu l'esmentat mes, les que us hauria correspost acreditar.
- ☐ b.5.-Fotocòpia dels informes i dictàmens mèdics o psicològics que estimeu oportú aportar, com: qualificació de minusvalidesa expedida per l'IMSERSO o Òrgan competent de les Comunitats Autònomes, dictamen d'un Tribunal Mèdic Oficial, etc.
- ☐ b.6.-Certificacions acreditatives de les cotitzacions efectuades a altres Régims públics de Seguretat Social.

EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA

4 INFORMACIÓ SOBRE LA PRESTACIÓ

(extracte)

— *Normalment, la prestació de "Remuneració de la persona encarregada de l'assistència a un gran invàlid" o, abreujadament, "Prestació de gran invalidesa", consisteix en l'abonament a la persona beneficiària d'una quantitat mensual igual al 50 per 100 de l'import que, en concepte d'in-tegre mensual, ha de figurar en la nòmina de la pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei, sense tenir en compte les reduccions per confluència amb altres possibles pensions públiques..*

— *De forma similar s'actuarà quan la pensió que correspongui a la persona sol·licitant hagi sigut reconeguda per un altre Règim públic de Seguretat Social, per un concepte equivalent al d'incapacitat permanent per al servei.*

— *Quan la persona sol·licitant no tingui dret a pensió en els termes que s'indiquen en els paràgrafs anteriors, l'import mensual de la prestació serà del 50 per 100 del resultat de dividir entre 12, la suma dels següents conceptes, corresponents al seu Cos, Escala o plaça,en el seu import íntegre anual (segons les quanties vigents en el mes de la jubilació): sou, triennis efectivament completats i pagues extraordinàries .*

— *En els mesos de juny i desembre, a més de la mensualitat corrent, s'abonen pagues extraordinàries.*

— *Si percep pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei o per concepte equivalent, l'import de la prestació s'actualitzarà en la mateixa proporció que la pensió.*

— *Si no percep aquesta pensió, l'actualització es realitzarà mitjançant l'aplicació del coeficient de l'increment mitjà de les pensions deClasses Passives que estableixi per a cada any la Llei de Pressupostos Generals de l'Estat.*

— *En cas de concessió, en la notificació s'hi ha d'indicar:*
- *data a partir de la qual es pot procedir a la revisió del grau de gran invalidesa,,*
- *instruccions sobre com dur a terme l'actualització periòdica de la prestació, aixi com per a acreditar-ne la continuitat.*

— *És molt important que compleixi cada any els requisits per a l'actualització i l'acreditació en els terminis que s'assenyalen, per a evitar endarreriments en la percepció revaloritzada de la prestació.*

NOTA.- Per a més detall, pot consultar-se el Reglament General del Mutualisme Administratiu (articles 106 i 107, entre altres), apro-vat per Reial Decret 375/2003, de 28 de març (BOE de l'11 d'abril).

5 DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN	Entitat bancària	Sucursal	DC	Número de compte/llibreta

6 DADES DE NOTIFICACIÓ (Per emplenar voluntàriament)

Domicili:	Particular ☐	Laboral ☐	Un altre domicili ☐	
Carrer, plaça i número				
Còdi postal	Localitat			
Provincia	País			

Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'IIdentitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment.

DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE:

a) **Totes les dades** consignades **són certes i completes.**

b) No percebo prestació o pensió dirigida a la mateixa finalitat, atorgada per un Règim públic de Seguretat Social.

LLOC, DATA I SIGNATURA DEL/DE LA SOL·LICITANT, o representant degudament acreditat/acreditada (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del PAC de les AAPP)

D'acord amb **l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals**, us informem que les dades de caràcter personal que ens faciliteu seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar prestacions socials en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant el/la Director/a del Departament de Prestacions Socials de MUFACE.

Més informació: http://www.muface.es/protecciondedatos - Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat.

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L' ESTAT

EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA