

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

SOL·LICITUD D'AJUT DE SEPELI

1	DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT				
	Número d'afiliació a MUFACE o Seg. Social		Primer cognom	Segon cognom	Nom
	Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat	Província
	Pais	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)	
Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____					
2	INFORMACIÓ SOBRE LA PERSONA CAUSANT				
	1è cognom	2n cognom	Nom	NIF	Data de defunció __/__/__
	<i>Marqueu amb "X" el supòsit que es tracti</i>				
	☐ a) Persona Beneficiària del/de la titular ☐ b) Titular de document assimilat al d'afiliació ☐ c) Fil/a difunt/a abans d'haver transcorregut un mes des del seu naixement i que complia els requisits per a ser persona beneficiària del/de la titular ☐ d) Fetus que hagi estat en el si matern si més no 180 dies				
3	DOCUMENTACIÓ				
	<i>Assenyalau amb "X" els documents que aporteu</i>				
	☐ Document de beneficiaris/as del Mutualisme Administratiu o document assimilat al d'afiliació, segons procedeixi, per actualitzar-lo. ☐ Certificat mèdic oficial de la defunció de la persona beneficiària o fotocòpia del Llibre de Família en què consti aquesta defunció, o certificació del Registre Civil acreditativa de la defunció. ☐ Certificat mèdic oficial en què consti la data d'interrupció de l'embaràs i el temps de gestació (sols per al supòsit 2.d) ☐ Document acreditatiu de les despeses originades (sols per al supòsit 2.d) ☐ Altres documents				
4	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA				
	IBAN	Entitat bancària	Sucursal	D.C.	Número de compte/llibreta
5	DADES DE NOTIFICACIÓ <i>(Per emplenar voluntàriament)</i>				
	Domicili:	Particular ☐ Laboral ☐ Un altre domicili ☐			
	Carrer, plaça i número				
	Codi postal	Localitat			
	Província	Pais			
Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment. DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE: Totes les dades consignades són certes i completes. <i>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)</i>					

EXEMPLAR PER A MUFACE

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: DPDMuface@muface.es

DILIGÈNCIA	
Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada per no poder comprovar en les persones sol·licitants o causants les condicions d'afiliació o alta.	
Han estat comprovades les dades del sol·licitant i del causant a qui es refereix aquesta sol·licitud i en la data del fet causant ☐ ambdós reunien les condicions d'afiliació i/o alta necessàries per a la prestació. ☐ la persona sol·licitant reunia les condicions d'afiliació i/o alta i la persona causant complia els requisits de l'epígraf 2.1.c) de la Instrucció SE-1/2000, modificada per la Instrucció SE-1.1/2003. ☐ la persona sol·licitant reunia les condicions d'afiliació i/o alta i la personaaa causant complia els requisits de l'epígraf 2.1.d) de la Instrucció SE- 1/2000, modificada per la Instrucció SE-1.1/2003. ☐ la persona sol·licitant no reunia les condicions d'afiliació o alta que son precises en el supòsit que es tracta. ☐ la persona causant no reunia les condicions d'afiliació ni complia els requisits dels epígrafs 2.1.c) o d) de la Instrucció SE-1/2000, modificada per la Instrucció SE-1.1/2003. ☐ altres circumstàncies (especificar): , de/d' de EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,	
PROPOSTA DE RESOLUCIÓ	
Es proposa la resolució següent: "Vista aquesta sol·licitud, els informes emesos, la documentació aportada i els antecedents oportuns, així com la normativa aplicable, RESOLC: ☐ APROVAR-LA perquè reuneix els requisits exigibles amb la concessio de la quantitat de EUROS en concepte d'ajut de sepeli, el pagament del qual es pot realitzar sense cap més tràmit. ☐ DENEGAR-LA, per , de/d' de EL/LA CAP DE PRESTACIONS,	
CONFORME Notifiqueu-la i, si escau, disposeu el pagament sense cap més tràmit.	, de/d' de

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

SOL·LICITUD D'AJUT DE SEPELI

1	DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT				
	Número d'afiliació a MUFACE o Seg. Social		Primer cognom	Segon cognom	Nom
	Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat	Província
	Pais	Telèfon	Data de naixement	NIF/Passaport/D.d'identificació (UE)	
Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____					
2	INFORMACIÓ SOBRE LA PERSONA CAUSANT				
	1è cognom	2n cognom	Nom	NIF	Data de defunció __/__/__
	<i>Marqueu amb "X" el supòsit que es tracti</i>				
	☐ a) Persona Beneficiària del/de la titular ☐ b) Titular de document assimilat al d'afiliació ☐ c) Fil/a difunt/a abans d'haver transcorregut un mes des del seu naixement i que complia els requisits per a ser persona beneficiària del/de la titular ☐ d) Fetus que hagi estat en el si matern si més no 180 dies				
3	DOCUMENTACIÓ				
	<i>Assenyalau amb "X" els documents que aporteu</i>				
	☐ Document de beneficiaris/as del Mutualisme Administratiu o document assimilat al d'afiliació, segons procedeixi, per actualitzar-lo. ☐ Certificat mèdic oficial de la defunció de la persona beneficiària o fotocòpia del Llibre de Família en què consti aquesta defunció, o certificació del Registre Civil acreditativa de la defunció. ☐ Certificat mèdic oficial en què consti la data d'interrupció de l'embaràs i el temps de gestació (sols per al supòsit 2.d) ☐ Document acreditatiu de les despeses originades (sols per al supòsit 2.d) ☐ Altres documents				
4	DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA				
	IBAN	Entitat bancària	Sucursal	D.C.	Número de comptellibreta
5	DADES DE NOTIFICACIÓ <i>(Per emplenar voluntàriament)</i>				
	Domicili:	Particular ☐ Laboral ☐ Un altre domicili ☐			
	Carrer, plaça i número				
	Codi postal	Localitat			
	Província	Pais			
Per completar la gestió sol·licitada, MUFACE podreu accedir al Servei de Verificació de Dades d'Identitat i Residència (SVDIR). Si voleu manifestar la vostra oposició a aquest accés, heu de justificar-la documentalment. DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE: Totes les dades consignades són certes i completes. <i>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)</i>					

EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA

DPS-33201.2 (06/22)