



SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
Provincia	País	Teléfono	NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)
<input type="checkbox"/> Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos: Dirección de correo electrónico: _____ @ _____			

DATOS DE LA PERSONA CAUSANTE <i>(si coincide con la persona solicitante, indique: "la misma")</i>		
NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)	Apellidos	Nombre

SITUACIÓN FAMILIAR				
Estado civil de la persona solicitante	Detalle de las personas que conviven en el domicilio de la persona solicitante a 01/01/2025 con relación de parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado:			
	Cónyuge o persona asimilada al/a la cónyuge <input type="checkbox"/>	Número de hijos/as <input type="checkbox"/>	N.º de otros familiares <input type="checkbox"/>	De entre todos ellos, N.º de personas con discapacidad <input type="checkbox"/>

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA					DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(a rellenar voluntariamente)</i>	
IBAN	ENT.BANCARIA	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	Calle, plaza y número	
					Código Postal	Localidad
					Provincia	País

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.

<p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</p> <ol style="list-style-type: none"> Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos. Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma. Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria. <p><i>Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre)</i></p>	<p>AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las siguientes actuaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Solicitar de la AEAT los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello. Recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas. <p><i>Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre)</i></p>
--	---

(1) OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTAN AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA

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

MODALIDAD DE AYUDA (Seleccione modalidad/es)	DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE, ESPECÍFICA DE CADA MODALIDAD.
<input type="checkbox"/> COPAGO FARMACEÚTICO	No será precisa la justificación documental del gasto farmacéutico, dato que se incorporará al expediente por MUFACE.
GASTOS	
<input type="checkbox"/> Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura de los gastos de carácter urgente. 2. Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos de carácter urgente. 3. Declaración responsable de la situación sociofamiliar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.
<input type="checkbox"/> Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.	➤ Declaración responsable de la situación sociofamiliar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.
AYUDA POR INSUFICIENCIA DE PRESTACIONES	
<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento o en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias. <input type="checkbox"/> Gastos de desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, cuando no deban ser cubiertos ni por la Entidad Médica ni por MUFACE, según las normas de Asistencia Sanitaria. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura del gasto. 2. Informe de médico/a concertado/a justificativo de la necesidad del internamiento o tratamiento psiquiátrico, del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria o de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica.
<input type="checkbox"/> Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.	➤ Certificado de la Unidad Pagadora, acreditativo de las retribuciones en el primer mes de licencia y de la fecha en la que ha dejado de percibir las retribuciones complementarias.
<p style="text-align: center;">DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE EN TODAS LAS MODALIDADES: (Referidos a todos los miembros de la unidad de convivencia y a dos años anteriores a la fecha de solicitud)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En todo caso, declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por IRPF (Impreso DPS 34912). 2. En el caso de no autorizar a MUFACE para recabar electrónicamente los datos del IRPF a través de la Plataforma de Intermediación de Datos, y los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP), deberá aportar: <ul style="list-style-type: none"> • Personas con obligación de presentar la declaración de IRPF, uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración IRPF (Modelo D-100) y justificante de ingreso/devolución. ➤ Certificado IRPF emitido por la AEAT. • Personas que no están obligadas a la presentación de la declaración del IRPF, ambos documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración de rendimientos (Impreso DPS 34911). ➤ Certificación de la AEAT de estar exento de la obligación de presentar la declaración del IRPF. 3. En caso de estar sujeto al IRPF por Haciendas Forales, uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la Administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud). ➤ Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones íntegras de ingresos que consten en dicha Administración. 	



SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
Provincia	País	Teléfono	NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)
<input type="checkbox"/> Consiento que las notificaciones y comunicaciones de esta prestación se realicen por medios electrónicos: Dirección de correo electrónico: _____ @ _____			

DATOS DE LA PERSONA CAUSANTE <i>(si coincide con la persona solicitante, indique: "la misma")</i>		
NIF/Pasaporte/D.Identif.(UE)	Apellidos	Nombre

SITUACIÓN FAMILIAR				
Estado civil de la persona solicitante	Detalle de las personas que conviven en el domicilio de la persona solicitante a 01/01/2025 con relación de parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado:			
	Cónyuge o persona asimilada al/a la cónyuge <input type="checkbox"/>	Número de hijos/as <input type="checkbox"/>	N.º de otros familiares <input type="checkbox"/>	De entre todos ellos, N.º de personas con discapacidad <input type="checkbox"/>

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA					DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(a rellenar voluntariamente)</i>		
IBAN	ENT.BANCARIA	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA	Calle, plaza y número		
					Código Postal	Localidad	
					Provincia	País	

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.

<p>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</p> <ol style="list-style-type: none"> Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos. Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma. Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria. <p><i>Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre)</i></p>	<p>AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las siguientes actuaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Solicitar de la AEAT los datos del IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello. Recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas. <p><i>Lugar, fecha y firma de la persona solicitante, o de su representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Ley 39/2015 de 1 de octubre)</i></p>
--	---

(1) OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTAN AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA

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

MODALIDAD DE AYUDA (Selecione modalidad/es)	DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE, ESPECÍFICA DE CADA MODALIDAD.
<input type="checkbox"/> COPAGO FARMACEÚTICO	No será precisa la justificación documental del gasto farmacéutico, dato que se incorporará al expediente por MUFACE.
GASTOS	
<input type="checkbox"/> Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura de los gastos de carácter urgente. 2. Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos de carácter urgente. 3. Declaración responsable de la situación sociofamiliar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.
<input type="checkbox"/> Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.	➤ Declaración responsable de la situación sociofamiliar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.
AYUDA POR INSUFICIENCIA DE PRESTACIONES	
<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento o en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias. <input type="checkbox"/> Gastos de desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, cuando no deban ser cubiertos ni por la Entidad Médica ni por MUFACE, según las normas de Asistencia Sanitaria. <input type="checkbox"/> Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factura del gasto. 2. Informe de médico/a concertado/a justificativo de la necesidad del internamiento o tratamiento psiquiátrico, del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria o de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica.
<input type="checkbox"/> Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.	➤ Certificado de la Unidad Pagadora, acreditativo de las retribuciones en el primer mes de licencia y de la fecha en la que ha dejado de percibir las retribuciones complementarias.
<p style="text-align: center;">DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE EN TODAS LAS MODALIDADES: (Referidos a todos los miembros de la unidad de convivencia y a dos años anteriores a la fecha de solicitud)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En todo caso, declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por IRPF (Impreso DPS 34912 disponible en la página web de MUFACE). 2. En el caso de no autorizar a MUFACE para recabar electrónicamente los datos del IRPF a través de la Plataforma de Intermediación de Datos, y los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP), deberá aportar: <ul style="list-style-type: none"> • Personas con obligación de presentar la declaración de IRPF, uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración IRPF (Modelo D-100) y justificante de ingreso/devolución. ➤ Certificado IRPF emitido por la AEAT. • Personas que no están obligadas a la presentación de la declaración del IRPF, ambos documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración de rendimientos (Impreso DPS 34911). ➤ Certificación de la AEAT de estar exento de la obligación de presentar la declaración del IRPF. 3. En caso de estar sujeto al IRPF por Haciendas Forales, uno de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la Administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud). ➤ Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones íntegras de ingresos que consten en dicha Administración. 	