

## SOLICITUDE DE AXUDA ASISTENCIAL

| DATOS DA PERSOA SOLICITANTE   |                  |                 |                               |
|---|------------------|-----------------|-------------------------------|
| Número de afiliación  | Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome                          |
| Domicilio: rúa ou praza e número  |                  | Código postal   | Localidade                    |
| Provincia   | País             | Teléfono        | NIF/Pasaporte/D.Identif. (UE) |
| <i>Consinto que as notificacións e comunicacións desta prestación se realicen por medios electrónicos:</i><br>Dirección de correo electrónico : _____ @ _____ |                  |                 |                               |

| DATOS DA PERSOA CAUSANTE   |          |      |
|--|----------|------|
| <i>(se coincide co a persoa solicitante, indique: "a mesma")</i> |          |      |
| NIF/Pasaporte/D.Identif. (UE)                                    | Apelidos | Nome |

| SITUACIÓN FAMILIAR                 |  |                 |                       |  |
|------------------------------------|--|-----------------|-----------------------|--|
| Estado civil da persoa solicitante | Detalle das que conviven no domicilio da persoa solicitante a 01/01/2026 con relación de parentesco de consanguinidade ou afinidade ata o terceiro grao: |                 |                       |  |
|                                    | Cónxuxe ou persoa asimilada ao cónxuxe   | Nº de fillos/as | Nº doutros familiares | De entre todos eles, nº de persoas con discapacidade |

| DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA |              |          |     |          | DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(para cubrir voluntariamente)</i> |            |  |
|--|--------------|----------|-----|----------|--|------------|--|
| IBAN                                     | ENT.BANCARIA | SUCURSAL | D.C | Nº CONTA | Domicilio: rúa ou praza e número                           |            |  |
|  |              |          |     |          | Código postal  | Localidade |  |
|  |              |          |     |          | Provincia  | País       |  |

| OUTRAS PERSOAS QUE CONVIVEN COA PERSOA TITULAR SOLICITANTE |                 |     |
|--|-----------------|-----|
| PARENTESCO   | APELIDOS E NOME | NIF |
|  |                 |     |
|  |                 |     |
|  |                 |     |
|  |                 |     |

De acordo co artigo 13 do RXP (UE) 2016/679, do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 e co artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Privados e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter privado que se faciliten mediante o presente formulario serán tratados coa finalidade de xestionar a súa solicitude de prestación social. De conformidade co previsto no artigo 21.4 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, infórmase que, coa recepción da presente solicitude en calquera rexistro de MUFACE procédese á incoación de expediente administrativo que deberá ser resolto mediante resolución expresa no prazo establecido na convocatoria vixente. Para obter maior información sobre o procedemento a que dá lugar a súa solicitude, poderá dirixirse ao seu Servizo Provincial de MUFACE.

Para a resolución deste procedemento a Mutualidade poderá solicitar, consultar ou verificar os datos que sexan precisos na Plataforma de Intermediación de Datos e os datos do IRPF do exercicio anterior en dous anos ao de vixencia da convocatoria na AEAT (art.28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar a súa oposición expresa e xustificadamente.

Pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como o resto de dereitos en materia de protección de datos ante o responsable do tratamento: titular do Departamento de Prestacións Sociais.

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.

*Lugar, data e asina da persoa solicitante, ou do seu representante, debidamente acreditado/a (art. 5 Lei 39/2015, do 1 de outubro).*

| MODALIDADE DE AXUDA<br>(Selecione modalidade/es)   | DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE,<br>ESPECÍFICA DE CADA MODALIDADE   |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>COPAGO FARMACEÚTICO</b>  | Non será precisa a xustificación documental do gasto farmacéutico, dato que se incorporará ó expediente por MUFACE.  |
| <b>AXUDA POR GASTOS</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Gastos de carácter urxente en casos de importancia extraordinaria, debidamente xustificada.</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factura dos gastos de carácter urxente.</li> <li>2. Outros documentos que acrediten os feitos orixe dos gastos de carácter urxente.</li> <li>3. Declaración responsable da situación socio familiar e de vivenda, acompañada, se é o caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar o estado ou a situación de necesidade.</li> </ol> |
| <input type="checkbox"/> <b>Atención a gastos familiares ordinarios de carácter xeral, existindo insuficiencia de ingresos na unidade de convivencia para atendelos.</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Declaración responsable da situación socio familiar e de vivenda, acompañada, se é o caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar o estado ou a situación de necesidade.</li> </ul>  |
| <b>AXUDA POR INSUFICIENCIA DE PRESTACIÓNS</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Tratamento psiquiátrico mediante internamento ou en réxime ambulatorio, non cuberto polas prestacións sanitarias nin sociosanitarias.</b><br><input type="checkbox"/> <b>Gastos de desprazamento para recibir asistencia sanitaria, cando non deban ser cubertos nin pola Entidade Médica nin por MUFACE, segundo as normas de Asistencia Sanitaria.</b><br><input type="checkbox"/> <b>Tratamento médico ou intervención cirúrxica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factura do gasto.</li> <li>2. Informe de médico/a concertado/a xustificativo da necesidade do internamento ou tratamento psiquiátrico, do desprazamento para recibir asistencia sanitaria ou da necesidade do tratamento ou intervención cirúrxica.</li> </ol>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Situación de incapacidade Temporal, sen dereito ao subsidio correspondente por non alcanzar o perido de carencia.</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Certificado da Unidade Pagadora, acreditativo das retribucións no primeiro mes de licenza e da data na que deixou de percibir as retribucións complementarias.</li> </ul>   |

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACHEGARSE EN TODAS AS MODALIDADES:**

*(Referidos a todos os membros da unidade de convivencia e a dous anos anteriores á data de solicitude)*

1. **En todo caso**, declaración responsable de pensións ou prestacións exentas a tributación por IRPF (Impreso DPS 34912 dispoñible na páxina web de MUFACE).
2. **No caso de manifestar a súa oposición** expresa para solicitar electronicamente os datos precisos para a tramitación do procedemento, deberá achegar:
  - Persoas con obrigación de presentar a declaración de IRPF, un dos seguintes documentos:
    - Declaración IRPF (Modelo D-100) e xustificante de ingreso/devolución.
    - Certificado IRPF emitido pola AEAT.
  - Persoas que non están obrigadas á presentación da declaración do IRPF, ambos os documentos:
    - Declaración de rendementos (Impreso DPS 34911).
    - Certificación da AEAT de estar exento da obrigación de presentar a declaración do IRPF.
3. **En caso de estar suxeito ao IRPF por Facendas Forais**, un dos seguintes documentos:
  - Declaración do IRPF ou, no seu caso, da comunicación emitida ou da liquidación virada a efectos de devolución, pola Administración tributaria (referida a dous anos anteriores á data de solicitude).
  - Certificación da Facenda Foral acreditativa de non presentar declaración do Imposto e das imputacións íntegras de ingresos que consten na devandita Administración.