¡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.

PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	**REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE**

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE JUBILACIÓN

1 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, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____.____

2 REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN *(Marque con "X" las cuadrículas correspondientes)*

JUBILACIÓN ☐ Forzosa por edad ☐ Por incapacidad permanente para el servicio

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

☐ Servicio activo ☐ Servicios en CC.AA. ☐ Excedencia forzosa

☐ Servicios especiales ☐ Expectativa de destino ☐ Excedencia por cuidado de familiares

3 DATOS PARA EL IMPORTE DEL SUBSIDIO

Consigne los importes íntegros correspondientes al mes de su jubilación (sin pagas extraordinarias ni atrasos).

- Sueldo…… ……/mes
- Trienios…….. ……/mes
- Grado (si supone retribución) ……/mes

TOTAL (A) ……/mes

Fecha de jubilación: _ _ / _ _ /

Otra/s ayuda/s recibidas o solicitadas por este mismo hecho causante, dispensadas o financiadas con fondos públicos

Organismo pagador	Importe íntegro
TOTAL (B)	

El importe íntegro del subsidio será igual al TOTAL (A) multiplicado por el coeficiente "0,5". De este resultado se restará el TOTAL (B).(Para hechos causantes anteriores a 01/01/2013 se seguirá aplicando el coeficiente "2")

EJEMPLAR PARA MUFACE

4 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre los señalados con ☒. En su caso, el señalado con ☐, marcándolo con "X".

☒ Fotocopia compulsada de la Resolución en la que se acuerde la jubilación.

☐ Si en la Resolución indicada no figura la situación administrativa, certificación de la correspondiente Unidad de Personal acreditativa de dicha situación en la fecha de jubilación.

☒ Certificación de la Unidad Pagadora en la que consten las retribuciones básicas íntegras correspondientes al mes en que se produzca la jubilación *(si en ese mes el/la mutualista no estuviera percibiendo las retribuciones básicas conforme al Cuerpo, Escala o plaza en que se jubile, certificación de la Unidad de Personal competente acreditativa de las que le hubieran correspondido, de haber estado en servicio activo, en el mes de la jubilación).*

5 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta / libreta

6 DATOS DE NOTIFICACIÓN *(a cumplimentar voluntariamente)*

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Otro domicilio ☐

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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1. **Todos los datos** consignados en esta solicitud **son ciertos y completos**.
2. Me comprometo a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en la concesión del subsidio.

(Lugar, fecha y firma del/de la solicitante o de su representante debidamente acreditado/a. (Art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)

DPS 32001.1a (03/24)

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.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

LIMPIAR FORMULARIO

DILIGENCIA

Sólo se rellenará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el/la mutualista las condiciones de afiliación o alta precisas para causar la prestación o si existe discrepancia entre el fichero automatizado y la documentación aportada en cuanto a la situación administrativa

Se ha comprobado que los datos del/de la mutualista al/a la que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante:

☐ reunía las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación.

☐ no reunía las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación, por .....

☐ su situación administrativa

☐ es

una de las que posibilitan el derecho a la prestación

☐ no es

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

INFORME

Sólo se utilizará y suscribirá si el/la mutualista causante del Subsidio de Jubilación hubiera fallecido antes de concluir la tramitación o antes de procederse al abono de la prestación.

Fecha de fallecimiento del/de la mutualista causante del Subsidio de Jubilación, según la documentación aportada **--/--/----**

La/s persona/s que ha/n instado la conclusión del procedimiento o la realización del abono

☐ Sí

Acredita/n su condición de persona/s heredera/s del/de la mutualista causante.

☐ No

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

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

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

☐ SU APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de ____ en concepto de Subsidio de Jubilación.*

☐ SU DENEGACIÓN, por

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

*Se indica que, en caso de que se produzca alguna variación en la condición de jubilado/a del/de la mutualista, procedería la revisión de este acuerdo y el posible reintegro de la cantidad aprobada en el mismo, en base a lo dispuesto en el artículo 55 del RGMA, sin perjuicio de que en un momento posterior si vuelve a cumplir los requisitos pudiera volver a solicitarla en los términos que correspondan.

CONFORME: Notifíquese, y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites.	, a de de El/LA Fdo.:

DPS-32001 (03/24) EJEMPLAR PARA MUFACE

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

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

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE JUBILACIÓN

1 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, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____.____

2 REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN *(Marque con "X" las cuadrículas correspondientes)*

JUBILACIÓN	☐ Forzosa por edad	☐ Por incapacidad permanente para el servicio

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	☐ Servicio activo	☐ Servicios en CC.AA.	☐ Excedencia forzosa
	☐ Servicios especiales	☐ Expectativa de destino	☐ Excedencia por cuidado de familiares

3 DATOS PARA EL IMPORTE DEL SUBSIDIO

Consigne los importes íntegros correspondientes al mes de su jubilación (sin pagas extraordinarias ni atrasos).

- Sueldo…… ……/mes
- Trienios…….. ……/mes
- Grado (si supone retribución) ……/mes

TOTAL (A) ……/mes

Fecha de jubilación: _ _ / _ _ /

Otra/s ayuda/s recibidas o solicitadas por este mismo hecho causante, dispensadas o financiadas con fondos públicos

Organismo pagador	Importe íntegro
TOTAL (B)	

El importe íntegro del subsidio será igual al TOTAL (A) multiplicado por el coeficiente "0,5". De este resultado se restará el TOTAL (B).(Para hechos causantes anteriores a 01/01/2013 se seguirá aplicando el coeficiente "2")

EJEMPLAR PARA EL/LA INTERESADO/A

4 DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre los señalados con ☒. En su caso, el señalado con ☐, marcándolo con "X".

☒ Fotocopia compulsada de la Resolución en la que se acuerde la jubilación.

☐ Si en la Resolución indicada no figura la situación administrativa, certificación de la correspondiente Unidad de Personal acreditativa de dicha situación en la fecha de jubilación.

☒ Certificación de la Unidad Pagadora en la que consten las retribuciones básicas íntegras correspondientes al mes en que se produzca la jubilación *(si en ese mes el/la mutualista no estuviera percibiendo las retribuciones básicas conforme al Cuerpo, Escala o plaza en que se jubile, certificación de la Unidad de Personal competente acreditativa de las que le hubieran correspondido, de haber estado en servicio activo, en el mes de la jubilación).*

5 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta / libreta

6 DATOS DE NOTIFICACIÓN *(a cumplimentar voluntariamente)*

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Otro domicilio ☐

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.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1. **Todos los datos** consignados en esta solicitud **son ciertos y completos**.
2. Me comprometo a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en la concesión del subsidio.

(Lugar, fecha y firma del/de la solicitante o de su representante debidamente acreditado/a. (Art. 5 Ley 39/2015 del PAC de las AAPP)

DPS 32001.2a (03/24)

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.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

LIMPIAR FORMULARIO