

SOL·LICITUD DE SUBSIDI DE JUBILACIÓ

1	MUTUALISTA SOL·LICITANT			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	NIF/Passaport/doc. 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, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ (Marqueu amb "X" les caselles corresponents)	
	JUBILACIÓ	☐ Forçosa per l'edat ☐ Per incapacitat permanent per al servei
	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	☐ Servei actiu ☐ Servicios a CCAA ☐ Excedència forçosa ☐ Serveis especials ☐ Expectativa de destí ☐ Excedència per a tenir cura de familiars

3	DADES PER A L'IMPORT DEL SUBSIDI		
	Consigneu els imports íntegres corresponents al mes de la vostra jubilació (sense pagues extraordinàries ni endarreriments). - Sou/mes - Triennis...../mes - Grau (si puposa retribució)/mes TOTAL (A)/mes	Data de jubilació: ____/____/____	
		Altra/es ajut/s rebuts o sol·licitats per aquest mateix fet causant, dispensats o finançats amb fons públics	
		Organisme pagador	Import íntegre
		TOTAL (B)	
L'import íntegre del subsidi serà igual al TOTAL (A) multiplicat pel coeficient "0,5". D'aquest resultat es restarà el TOTAL (B). (Per a fets causants anteriors a 01/01/2013 se seguirà aplicant el coeficient "2")			

4	DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR
	Sempre els assenyalats amb ☒ . Si és el cas, l'assenyalat amb ☐ , marcant-lo amb "X". ☒ Fotocòpia compulsada de la Resolució en què s'acordi la jubilació. ☐ Si en la Resolució indicada no figura la situació administrativa, certificació de la corresponent unitat de personal acreditativa de la situació en la data de jubilació. ☒ Certificació de l'unitat pagadora en què constin les retribucions bàsiques íntegres corresponents al mes en què es produeixi la jubilació (si en aquest mes el/la mutualista no percep les retribucions bàsiques pel cos, escala o plaça en què es jubila, certificació de l'unitat de personal competent acreditativa de les que li haurien correspost, si hagués estat en servei actiu, en el mes de jubilació).

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 ☐ altre domicili ☐
	Carrer, plaça i número
	Codi postal Localitat
	Província País

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 en aquesta sol·licitud són certes i complets.
- Em comprometo a comunicar a MUFACE qualsevol variació que incideixi en la concessió del subsidi.

(Lloc, data i signatura del/ de la sol·licitant o seu representant acreditat/acreditada. (Art. 5 Llei 39/2015 del PAC de les AAPP)

DILIGÈNCIA	
<i>Només s'ha d'emplenar si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada perquè el/la mutualista no reuneix les condicions d'afiliació o alta requerides per cobrar la prestació o si existeix discrepància entre el fitxer automatitzat i la documentació aportada relativa a la situació administrativa.</i>	
S'han comprovat les dades del/de la mutualista al/a la qual es refereix aquesta sol·licitud i en la data del fet causant:: ☐ reunia les condicions d'afiliació i alta requerides per a la prestació. ☐ no reunia les condicions d'afiliació o d'alta requerides per a la prestació, per ☐ la seva situació administrativa ☐ és una de les que possibiliten el dret a la prestació. ☐ no és , de/d' de EL/LA CAP DE COL·LECTIUS,	
INFORME	
<i>Només s'utilitzarà i subscriurà si el/la mutualista causant del Subsidi de Jubilació ha mort abans de concloure la tramitació o abans de procedir a l'abonament de la prestació.</i>	
Data de la mort del/de la mutualista causant del Subsidi de Jubilació, segons la documentació aportada --/--/---- La/es persona/es que ha/n instat la conclusió del procediment o la realització de l'abonament ☐ Sí acredita/en la seva condició de persona/es hereva/es del/de la mutualista causant. ☐ No , de/d' de EL/LA CAP DE PRESTACIONS	
PROPOSTA DE RESOLUCIÓ	
Proposo la resolució següent: Atesa 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, i atorgar la quantitat de en concepte de subsidi de jubilació.* ☐ DENEGAR-LA, per , de/d' de EL/LA CAP DE PRESTACIONS, * S'indica que, en cas que es produeixi alguna variació en la condició de jubilat/jubilada del/de la mutualista, procediria la revisió d'aquest acord i el possible reintegrament de la quantitat aprovada en el mateix, sobre la base del que disposa l'article 55 del RGMA, sense perjudici que en un moment posterior si torna a complir els requisits la pogués tornar a sol·licitar en els termes que corresponguin.	
CONFORME: Notifiqueu-ho i, si escau, feu el pagament sense cap tràmit més.	, de/d' de EL/LA

SOL·LICITUD DE SUBSIDI DE JUBILACIÓ

1	MUTUALISTA SOL·LICITANT			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	NIF/Passaport/doc. 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, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	REQUISITS PER A LA PRESTACIÓ (Marqueu amb "X" les caselles corresponents)	
	JUBILACIÓ	☐ Forçosa per l'edat ☐ Per incapacitat permanent per al servei
	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	☐ Servei actiu ☐ Servicios a CCAA ☐ Excedència forçosa ☐ Serveis especials ☐ Expectativa de destí ☐ Excedència per a tenir cura de familiars

3	DADES PER A L'IMPORT DEL SUBSIDI		
	Consigneu els imports íntegres corresponents al mes de la vostra jubilació (sense pagues extraordinàries ni endarreriments). - Sou/mes - Triennis...../mes - Grau (si puposa retribució)/mes TOTAL (A)/mes	Data de jubilació: ____/____/____	
		Altra/es ajut/s rebuts o sol·licitats per aquest mateix fet causant, dispensats o finançats amb fons públics	
		Organisme pagador	Import íntegre
L'import íntegre del subsidi serà igual al TOTAL (A) multiplicat pel coeficient "0,5". D'aquest resultat es restarà el TOTAL (B). (Per a fets causants anteriors a 01/01/2013 se seguirà aplicant el coeficient "2")			

4	DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR
	Sempre els assenyalats amb ☒ . Si és el cas, l'assenyalat amb ☐ , marcant-lo amb "X". ☒ Fotocòpia compulsada de la Resolució en què s'acordi la jubilació. ☐ Si en la Resolució indicada no figura la situació administrativa, certificació de la corresponent unitat de personal acreditativa de la situació en la data de jubilació. ☒ Certificació de l'unitat pagadora en què constin les retribucions bàsiques íntegres corresponents al mes en què es produeixi la jubilació (si en aquest mes el/la mutualista no percep les retribucions bàsiques pel cos, escala o plaça en què es jubila, certificació de l'unitat de personal competent acreditativa de les que li haurien correspost, si hagués estat en servei actiu, en el mes de jubilació).

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 ☐ altre domicili ☐
	Carrer, plaça i número
	Codi postal Localitat
	Província País

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 en aquesta sol·licitud són certes i complets.
- Em comprometo a comunicar a MUFACE qualsevol variació que incideixi en la concessió del subsidi.

(Lloc, data i signatura del/ de la sol·licitant o seu representant acreditat/acreditada. (Art. 5 Llei 39/2015 del PAC de les AAPP)