

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE DE SUBSIDIO DE XUBILACIÓN

1	MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Domicilio: Rúa ou praza e número	
	Código postal	Localidade	Provincia	Teléfono
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitud, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____.			

2	REQUISITOS PARA A PRESTACIÓN (Marque cunha cruz "X" as cuadrículas correspondentes)	
	XUBILACIÓN	☐ Forzosa por idade ☐ Por incapacidade permanente para o servizo
	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	☐ Servicio activo ☐ Servicios en CC.AA. ☐ Excedencia forzosa ☐ Servicios especiais ☐ Expectativa de destino ☐ Excedencia por coidado de familiares

3	DATOS PARA O IMPORTE DO SUBSIDIO		
	Anote os importes íntegros que lle correspondan ao mes da súa xubilación (sen as pagas extraordinarias nin os atrasos).	Data de xubilación: ____/____/____	
	- Soldo...../mes - Trienios...../mes - Grao (de supoñer retribución)/mes	Outra/s axuda/s recibidas ou solicitadas por este mesmo feito causante, dispensadas ou financiadas con fondos públicos	
		Organismo pagador	Importe íntegro
	TOTAL (A)/mes	TOTAL (B)	
O importe íntegro do subsidio será igual ao total (A) multiplicado polo coeficiente "2". Deste resultado restarase o total (B).			

4	DOCUMENTOS QUE HAI QUE ACHEGAR	
	Sempre os sinalados con ☒ . Se é o caso, o sinalado con ☐ , márkueo cunha cruz "X".	
☒ Fotocopia compulsada da resolución na que se acorde a xubilación.		
☐ Se na resolución indicada non figura a situación administrativa, certificación da unidade de persoal correspondente que acredite a dita situación na data de xubilación.		
☒ Certificación da Unidade Pagadora na que consten as retribucións básicas íntegras que lle correspondan ao mes no que se produza a xubilación (si nese mes o/a mutualista non estuviere percibindo as retribucións básicas conforme ao Corpo, Escala ou praza na que se xubile, certificación da Unidade de Persoal competente que acredite as que lle correspondesen, de estar en servizo activo, no mes da xubilación).		

5	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidade bancaria	Sucursal	D.C.	Número de conta/ libreta

6	DATOS DA NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)	
	Domicilio:	Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐
	Rúa, praza e número	
	Código postal	Localidade
Provincia		País

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Todos os datos anotados nesta solicitude son certos e completos.
- O compromiso de comunicarlle a MUFACE calquera cambio que incida na concesión do subsidio.

(Lugar, data e signatura do/a solicitante, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a. Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)

DILIXENCIA	
<i>Cubrirase soamente se a solicitude, no seu tratamento informático, é rexeitada por faltarlle ao/á mutualista as condicións de afiliación ou de alta precisas para causar a prestación, ou se existe discrepancia entre o ficheiro automatizado e a documentación achegada en canto á súa situación administrativa.</i>	
Comprobáronse os datos do/a mutualista ao/á que se refire a presente solicitude e na data do feito causante: ☐ Reunía as condicións de afiliación e de alta precisas para a prestación. ☐ Non reunía as condicións de afiliación ou de alta precisas para a prestación, por ☐ A súa situación administrativa ☐ é unha das que posibilitan o dereito á prestación. ☐ non é , de de O/A XEFE/A DE COLECTIVOS,	
INFORME	
<i>Soamente se utilizará e se subscribirá se o/a mutualista que causa o subsidio de xubilación falecese antes de concluír a tramitación ou antes de aboar a prestación.</i>	
Data de falecemento do/a mutualista que causa o subsidio de xubilación, segundo a documentación que xunta --/--/---- A/s persoa/s que instou/instaron a conclusión do procedemento ou a realización do aboamento ☐ Si acredita/n a súa condición de persoa/s herdeira/s do/a mutualista causante.. ☐ Non , de de O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS	
PROPOSTA DE RESOLUCIÓN	
Proponse a seguinte resolución: Logo de ver a presente solicitude, os informes emitidos, a documentación achegada e os antecedentes oportunos, así como a normativa aplicable, acórdase: ☐ A APROBACIÓN, por reunir os requisitos esixibles e concédeselle a cantidade de en concepto de subsidio de xubilación.* ☐ A DENEGACIÓN, por , de de O/A XEFE/A DE PRESTACIÓNS, *Indícase que, no caso de que se produza algunha variación na condición de xubilado/a do/da mutualista, procedería a revisión deste acordo e o posible reintegro da cantidade aprobada no mesmo, en base ao disposto no artigo 55 do RXMA, sen perxuízo de que no momento posterior se volve a cumprir os requisitos puidera volver a solicitala nos términos que correspondan.	
CONFORME: Notifíqueselle e, se é o caso, dispóñase o pagamento sen máis trámites.	, de de O/A

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE		REXISTRO DE PRESENTACIÓN	
SERVIZO PROVINCIAL			
OFICINA DELEGADA			
CÓDIGO DO EXPEDIENTE		REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE	

SOLICITUDE DE SUBSIDIO DE XUBILACIÓN

1	MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Domicilio: Rúa ou praza e número	
	Código postal	Localidade	Provincia	Teléfono
	Se desexa recibir información sobre a tramitación desta solicitud, se fai o favor, indíquenos a súa dirección de correo electrónico: _____@_____.			

2	REQUISITOS PARA A PRESTACIÓN (Marque cunha cruz "X" as cuadrículas correspondentes)		
	XUBILACIÓN	☐ Forzosa por idade	☐ Por incapacidade permanente para o servizo
	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	☐ Servicio activo	☐ Servicios en CC.AA.
		☐ Servicios especiais	☐ Expectativa de destino
		☐ Excedencia forzosa	☐ Excedencia por coidado de familiares

3	DATOS PARA O IMPORTE DO SUBSIDIO	
	Anote os importes íntegros que lle correspondan ao mes da súa xubilación (sen as pagas extraordinarias nin os atrasos).	Data de xubilación: ____/____/____
	- Soldo...../mes	Outra/s axuda/s recibidas ou solicitadas por este mesmo feito causante, dispensadas ou financiadas con fondos públicos
	- Trienios...../mes	Organismo pagador
	- Grao (de supoñer retribución)/mes	Importe íntegro
TOTAL (A)/mes		TOTAL (B)
O importe íntegro do subsidio será igual ao total (A) multiplicado polo coeficiente "2". Deste resultado restarase o total (B).		

4	DOCUMENTOS QUE HAI QUE ACHEGAR
	Seempre os sinalados con ☒. Se é o caso, o sinalado con ☐, márkueo cunha cruz "X". ☒ Fotocopia compulsada da resolución na que se acorde a xubilación. ☐ Se na resolución indicada non figura a situación administrativa, certificación da unidade de persoal correspondente que acredite a dita situación na data de xubilación. ☒ Certificación da Unidade Pagadora na que consten as retribucións básicas íntegras que lle correspondan ao mes no que se produza a xubilación (si nese mes o/a mutualista non estuviere percibindo as retribucións básicas conforme ao Corpo, Escala ou praza na que se xubile, certificación da Unidade de Persoal competente que acredite as que lle correspondesen, de estar en servizo activo, no mes da xubilación).

5	DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA
	IBAN Entidade bancaria Sucursal D.C. Número de conta/ libreta

6	DATOS DA NOTIFICACIÓN (para cubrir voluntariamente)
	Domicilio: ☐ Particular ☐ Laboral ☐ Outro domicilio ☐
	Rúa, praza e número
	Código postal Localidade
Provincia País	

Para a resolución deste procedemento, MUFACE poderá recoller, consultar ou verificar os datos de identidade e residencia na Plataforma de Intermediación de Datos (art. 28.2 Lei 39/2015, do 1 de outubro), podendo manifestar de forma expresa e xustificada a súa oposición, segundo se indica na cláusula de protección de datos que figura neste formulario.

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Todos os datos anotados nesta solicitude son certos e completos.
- O compromiso de comunicarlle a MUFACE calquera cambio que incida na concesión do subsidio.

(Lugar, data e signatura do/a solicitante, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a. Art. 5 Lei 39/2015 da PAC das AAPP)