¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, sitúe 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 imprímalo para su posterior entrega.

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

IMPRIMIR FORMULARIO

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

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL O POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

1 DATOS DE LA PERSONA MUTUALISTA SOLICITANTE

Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Correo @ *(evite indicar su correo corporativo, salvo que tenga acceso a él desde fuera de su organismo)*

.....

Domicilio: Calle o Plaza y número	Código postal	Localidad	Provincia

2 DATOS PROFESIONALES

Cuerpo, Escala o plaza

Destino (denominación del órgano, de la unidad administrativa y dirección completa de la misma)	Provincia

3 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

4 INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF

Solicito que se me aplique el **porcentaje de retención IRPF** que indico a continuación: _____ %

Si desea **mantener el porcentaje de retención** que se está aplicando en su **nómina,** utilice el espacio anterior (Ver información al dorso)

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN

(No son necesarios si coinciden con los indicados en el apartado 1 anterior)

Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Otro domicilio ☐

Calle, plaza y número

Código postal	Localidad

Provincia	País

LIMPIAR FORMULARIO

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 todos los datos indicados en esta solicitud son ciertos y que no tengo reconocido otro subsidio, originado por la misma relación de servicios, por parte de un Régimen público de Seguridad Social.

AUTORIZO a MUFACE a recabar electrónicamente los datos de cotizaciones a otros regímenes de la Seguridad Social (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momentomediante escrito dirigido a MUFACE.

ACEPTO recibir las notificaciones electrónicas relacionadas con este procedimiento en la dirección de @ que indico en esta solicitud.

Lugar, fecha y firma de la persona solicitante (o representante acreditado, según el art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

…….....a…..de……..de 20….

Firma

EJEMPLAR PARA MUFACE

DPS-11001.1 (03/24)

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE) 2016/679, 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 en: http://www.muface.es/protecciondedatos y en Delegado de Protección de Datos

MINISTERIO
PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

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

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL O POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

1 DATOS DE LA PERSONA MUTUALISTA SOLICITANTE

Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Correo @ *(evite indicar su correo corporativo, salvo que tenga acceso a él desde fuera de su organismo)*

.....

Domicilio: Calle o Plaza y número	Código postal	Localidad	Provincia

2 DATOS PROFESIONALES

Cuerpo, Escala o plaza

Destino (denominación del órgano, de la unidad administrativa y dirección completa de la misma)	Provincia

3 DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

4 INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF

Solicito que se me aplique el **porcentaje de retención IRPF** que indico a continuación: _____ %

Si desea **mantener el porcentaje de retención** que se está aplicando en su **nómina,** utilice el espacio anterior (Ver información al dorso)

5 DATOS DE NOTIFICACIÓN

(No son necesarios si coinciden con los indicados en el apartado 1 anterior)

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 todos los datos indicados en esta solicitud son ciertos y que no tengo reconocido otro subsidio, originado por la misma relación de servicios, por parte de un Régimen público de Seguridad Social.

AUTORIZO a MUFACE a recabar electrónicamente los datos de cotizaciones a otros regímenes de la Seguridad Social (art. 28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momentomediante escrito dirigido a MUFACE.

ACEPTO recibir las notificaciones electrónicas relacionadas con este procedimiento en la dirección de @ que indico en esta solicitud.

Lugar, fecha y firma de la persona solicitante (o representante acreditado, según el art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

…….....a…..de……..de 20….

Firma

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos Personales (UE) 2016/679, 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 en: http://www.muface.es/protecciondedatos y en Delegado de Protección de Datos

DPS-11001.2 (03/24)

EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA LA PERSONA MUTUALISTA

CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN

- MUFACE no declara las situaciones de incapacidad temporal (IT), de riesgo durante el embarazo (RE) o de riesgo durante la lactancia natural (RLN). Estas se reconocen por los órganos de personal, mediante las licencias por estas contingencias (artículo 19 de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado). MUFACE reconoce y abona el subsidio por IT/RE/RLN, si se dan los requisitos establecidos en el artículo 95 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.
- El derecho al subsidio nace el día 91º de la situación de IT/RE/RLN. A partir de ese día, el órgano de personal deja de abonar las retribuciones complementarias (complemento de destino, específicos o productividad) y paga solo las básicas (sueldo y trienios, con carácter general). Artículo 94 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.
- El importe del subsidio es el siguiente:
  - Si la situación es de IT, la cuantía mayor de entre el 80% de las retribuciones básicas (incrementadas en la sexta parte de una paga extraordinaria) y el 75% de las retribuciones complementarias (incluyendo la sexta parte de la paga adicional del complemento específico), devengadas ambas en el tercer mes de licencia.
  - Si se trata de situaciones de RE o RLN, el 100% de las retribuciones complementarias devengadas en el tercer mes de licencia.
- La cuantía reconocida es fija e invariable y la suma de las retribuciones básicas y del importe del subsidio no podrá exceder del importe que se percibiera en el tercer mes de licencia.
- Las causas de extinción del subsidio (artículo 92 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo) son alta médica, transcurso del plazo máximo de la IT (730 días), jubilación, fallecimiento o incomparecencia a un reconocimiento médico de seguimiento de la IT. En los casos de RE, también el inicio del permiso por parto y en el de RLN, el cumplimiento de 9 meses de edad del lactante.

DOCUMENTOS/INFORMACIÓN NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DEL SUBSIDIO

A aportar por el/la mutualista solicitante

- ✓ Modelo 145 cumplimentado, que sirve a MUFACE para calcular el porcentaje de retención IRPF aplicable a la prestación. **Si no se presenta este documento**, se retendrá el porcentaje que resulte de asignarle la situación familiar general (supuesto 3 del apartado 1 del modelo) y el importe total estimado que percibiría de prestación en el año en curso. **No es necesaria su aportación si se ha cumplimentado el apartado 4 de este formulario.**

A aportar por el órgano de personal del la persona mutualista solicitante

- Prórroga de licencia correspondiente al cuarto mes de la situación de IT/RE/RLN. MUFACE podrá solicitar información que acredite la licencia por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.
- Copia del ejemplar para la Administración de los partes de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo o lactancia natural, emitidos hasta ese momento, en el modelo oficial de MUFACE.
- Certificación de la unidad pagadora que contenga:
  a. Retribuciones íntegras devengadas al inicio del tercer mes de licencia, básicas –incluidas pagas extraordinarias- y complementarias.
  b. Retribuciones complementarias y fecha desde la que dejan de abonarse al mutualista.

DOCUMENTOS/INFORMACIÓN PARA ABONAR LAS MENSUALIDADES POSTERIORES A LA RESOLUCIÓN

Para los pagos sucesivos del subsidio el órgano de personal tiene que remitir a MUFACE las prórrogas de la licencia inicial y la copia de los partes que corresponden a cada prórroga.

INCREMENTO VOLUNTARIO RETENCIÓN IRPF

En virtud de la posibilidad que le confiere el art. 88.5 del vigente Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Real Decreto 439/2007), este nuevo tipo de retención (siempre superior al que le corresponde según su situación personal y familiar) se aplicará hasta el final del año y durante los ejercicios sucesivos, en tanto no renuncie al mismo o solicite un tipo de retención superior, salvo que se produzca variación de las circunstancias que determinen un tipo superior.
Conforme a lo establecido por las normas tributarias, es muy probable que el tipo de retención aplicable al subsidio sea inferior al que se le practica en la nómina. Si este fuera su caso, es recomendable que solicite el incremento voluntario de retención en el apartado 4 de este formulario.

PLAZO DE RESOLUCIÓN

El plazo de resolución del subsidio es de tres meses desde la entrada de la solicitud en MUFACE. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) son estimatorios.

EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA