

**SOLICITUD DE AYUDAS PARA ESTANCIAS TEMPORALES
EN RESIDENCIAS ASISTIDAS O EN CENTROS DE DÍA Y DE NOCHE**

1	DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación		Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad	Provincia
	País		Teléfono	Fecha de nacimiento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

2	DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN			
	Número de orden en el documento del beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")		NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)

3	AYUDA SOLICITADA		5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)	
	(Marque con "X" lo que proceda) 3.1. ☐ Ayuda para <u>estancia temporal</u> en residencias asistidas 3.2. ☐ Ayuda para <u>estancia temporal</u> en centro de día y de noche			Domicilio: Particular ☐ Laboral ☐ Otro ☐ Calle/Plaza y número Código postal Localidad Provincia País	
4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta				

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.

AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes:

- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos de IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.
- A recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas.
- A solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de los extremos a que alude el epígrafe 3.6 de la resolución de convocatoria.

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

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- La persona causante de la prestación se encuentra en una situación sociofamiliar en la que no puede ser atendida en su domicilio durante la totalidad o parte del día.
- El número total de personas que conviven a efectos del IRPF es de: _____
- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.

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

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/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

(1) COMPONENTE/S DE LA UNIDAD FAMILIAR A EFECTOS DEL IRPF QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTA/N AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA

6

DOCUMENTACIÓN APORTADA

Siempre, las señaladas con ☒. En su caso, las señaladas con ☐, marcándolas con "X".

- ☒ Informe médico sobre alta hospitalaria, en el que se describen las secuelas temporales que afectan gravemente a la persona causante de la prestación.
- ☒ Declaración responsable de pensiones y prestaciones .
- ☐ Certificaciones de pensiones o prestaciones .
- ☐ Declaración responsable de que la persona interesada no tiene reconocido el servicio o prestación económica vinculada al/a la mismo/a, de carácter equivalente en cuanto a su finalidad, a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- ☒ Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- ☒ Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
- ☐ Otra documentación.....

En caso de estar sujeto/a al IRPF por Haciendas Forales

- ☐ Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada efectos de devolución, por la administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud).
- ☐ Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones íntegras de ingresos que consten en dicha Administración; así como declaración responsable relativa a los demás ingresos que no figuren en la indicada certificación.

Para los casos en que proceda:

- ☐ Declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por IRPF, en su caso, referida a 2 años anteriores a la fecha de solicitud.

Esta documentación se referirá a todas las personas de la unidad de convivencia a efectos del IRPF.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

DILIGENCIA

Sólo se rellenará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en la persona titular o, en su caso, en la persona beneficiaria las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se ha comprobado que los datos de la persona titular y, en su caso, de la persona beneficiaria de la presente solicitud:

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

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

_____, a _____ de _____ de
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVO,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

"Vistos la presente solicitud, los antecedentes, la documentación aportada y el periodo de estancia temporal establecida en el informe médico así como la normativa aplicable, se acuerda:

☐ LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles de la ayuda solicitada para estancias temporales en _____

por importe máximo de _____ euros/mes, o (*en caso de prorata*) de _____ euros/día x _____ nº días
_____ euros.

☐ LA DENEGACIÓN, por

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

PAGO, EN SU CASO, CONFORME:

Notifíquese, y sólo en caso de aportar justificantes, dispóngase el pago.

_____, a _____ de _____ de
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL

Fdo.:

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO



SOLICITUD DE AYUDAS PARA ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS ASISTIDAS O EN CENTROS DE DÍA Y DE NOCHE

1	DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE				
	Número de afiliación		Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad	Provincia
	País		Teléfono	Fecha de nacimiento	NIF/Pasaporte/Documento Identidad (UE)
	Si desea recibir información sobre la tramitación de esta solicitud, indíquenos por favor su dirección de correo electrónico: _____@_____				

2	DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN		
	Número de orden en el documento del beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	

3	AYUDA SOLICITADA	5	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar voluntariamente)			
	(Marque con "X" lo que proceda) 3.1. ☐ Ayuda para <u>estancia temporal</u> en residencias asistidas 3.2. ☐ Ayuda para <u>estancia temporal</u> en centro de día y de noche		Domicilio:	Particular ☐	Laboral ☐	Otro ☐
4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA		Calle/Plaza y número			
			Código postal		Localidad	
			Provincia		País	
IBAN Entidad bancaria Sucursal DC Número de cuenta/libreta						

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.

AUTORIZO A MUFACE (1) a realizar las actuaciones que procedan de las siguientes:

- A solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria los datos de IRPF del ejercicio anterior en dos años al de vigencia de la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello.
- A recabar electrónicamente los datos de pensiones o prestaciones públicas (GISS) en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (RPSP) mediante consentimiento de las personas afectadas.
- A solicitar del IMSERSO o de mi Comunidad Autónoma los datos necesarios para la comprobación de los extremos a que alude el epígrafe 3.6 de la resolución de convocatoria.

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

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- La persona causante de la prestación se encuentra en una situación sociofamiliar en la que no puede ser atendida en su domicilio durante la totalidad o parte del día.
- El número total de personas que conviven a efectos del IRPF es de: _____
- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- Me comprometo a facilitar a MUFACE la documentación complementaria que me solicite y a comunicar cualquier variación que incida en los requisitos para la concesión de la ayuda o en las incompatibilidades de la misma.
- Conozco el régimen de incompatibilidades de esta ayuda que se encuentra descrito en la resolución de convocatoria.

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

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/a de Protección de Datos de la Mutualidad.

(1) COMPONENTE/S DE LA UNIDAD FAMILIAR A EFECTOS DEL IRPF QUE, EN CASO DE FIRMAR, PRESTA/N AUTORIZACIÓN			
PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA

6

DOCUMENTACIÓN APORTADA

Siempre, las señaladas con ☒. En su caso, las señaladas con ☐, marcándolas con "X".

- ☒ Informe médico sobre alta hospitalaria, en el que se describen las secuelas temporales que afectan gravemente a la persona causante de la prestación.
- ☒ Declaración responsable de pensiones y prestaciones .
- ☐ Certificaciones de pensiones o prestaciones .
- ☐ Declaración responsable de que el/la interesado/a no tiene reconocido el servicio o prestación económica vinculada al/a la mismo/a, de carácter equivalente en cuanto a su finalidad, a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- ☒ Factura/s que deberán reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.
- ☒ Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.
- ☐ Otra documentación.....

En caso de estar sujeto/a al IRPF por Haciendas Forales

- ☐ Declaración del IRPF o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la administración tributaria (referida a dos años anteriores a la fecha de solicitud).
- ☐ Certificación de la Hacienda Foral acreditativa de no haber presentado declaración del Impuesto y de las imputaciones integrales de ingresos que consten en dicha Administración; así como declaración responsable relativa a los demás ingresos que no figuren en la indicada certificación.

Para los casos en que proceda:

- ☐ Declaración responsable de pensiones o prestaciones exentas a tributación por IRPF, en su caso, referida a 2 años anteriores a la fecha de solicitud.

Esta documentación se referirá a todas las personas de la unidad de convivencia a efectos del IRPF.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO