



SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA CRÓNICA

1	DATOS DE LA PERSONA TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	País		Teléfono	Fecha de nacimiento
			NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (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 de beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	DOCUMENTACIÓN	
	☐ Informe actualizado del personal facultativo independiente del centro cuyo ingreso es objeto de la solicitud, en el que conste el carácter crónico del proceso que se padezca, o bien, en su caso, orden judicial de internamiento, salvo que la orden aportada para la concesión anterior estuviese todavía en vigor.	
	☐ Certificado acreditativo que el hospital, centro o unidad psiquiátrica de internamiento esté reconocido oficialmente por la Administración Pública competente y que la persona beneficiaria ocupa plaza psiquiátrica.	
	☐ Certificado del órgano competente de la Comunidad Autónoma acreditativo de la no percepción por el/la mutualista o beneficiario/a de ayuda o servicio por este mismo concepto, o en su caso, con expresión de la ayuda o servicio concedido o en su caso, Informe del Asesor/a Médico/a provincial.	
	☐ Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.	
	☐ Declaración responsable de no tener derecho a asistencia sanitaria para esta contingencia.	
	☐ Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.	

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta

5	Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos:
	____/____/____

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar 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:

- El coste de la plaza que ocupa la persona beneficiaria no está subvencionado con fondos públicos.
- 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.

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:

“Vista la presente solicitud, la documentación aportada, los antecedentes, así como la normativa aplicable, se acuerda:

- ☐ LA APROBACIÓN, de la ayuda solicitada para atención a personas con enfermedad psiquiátrica crónica por importe máximo mensual de:
..... euros.

FECHA EFECTOS: ____/____/____

- ☐ 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.:



SOLICITUD DE AYUDA PARA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA CRÓNICA

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/Documentoidentidad (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 de beneficiario/a	Apellidos y nombre (si fuese el/la propio/a Titular, indíquese "El/La mismo/a")	NIF/Pasaporte/Documentoidentidad (UE)

3	DOCUMENTACIÓN	
	☒ Informe actualizado del personal facultativo independiente del centro cuyo ingreso es objeto de la solicitud, en el que conste el carácter crónico del proceso que se padezca, o bien, en su caso, orden judicial de internamiento, salvo que la orden aportada para la concesión anterior estuviese todavía en vigor.	
	☒ Certificado acreditativo que el hospital, centro o unidad psiquiátrica de internamiento esté reconocido oficialmente por la Administración Pública competente y que la persona beneficiaria ocupa plaza psiquiátrica.	
	☒ Certificado del órgano competente de la Comunidad Autónoma acreditativo de la no percepción por el/la mutualista o beneficiario/a de ayuda o servicio por este mismo concepto, o en su caso, con expresión de la ayuda o servicio concedido o en su caso, Informe del Asesor/a Médico/a provincial.	
	☒ Certificación de la Comisión Acción Social o documento administrativo similar o declaración responsable.	
	☒ Declaración responsable de no tener derecho a asistencia sanitaria para esta contingencia.	
	☒ Factura/s que deberá/n reunir los requisitos legales y reglamentariamente exigibles.	

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA				
	IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	DC	Número de cuenta/libreta

5	Fecha a partir de la cual se solicita que la prestación tenga efectos económicos: ____/____/____	
---	--	--

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (A rellenar 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:

- El coste de la plaza que ocupa la persona beneficiaria no está subvencionado con fondos públicos.
- 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.