

SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	Provincia	País	Teléfono	NIF/Pasaporte/D. Identif. (UE)

2	DATOS DEL/DE LA CAUSANTE <i>(si coincide con el/la solicitante, indique: "El/la mismo/a")</i>		
	NIF/Pasaporte/D. Identif. (UE)	Apellidos	Nombre

3	SITUACIÓN FAMILIAR			
	Estado civil del/de la solicitante	Detalle de las personas que conviven en el domicilio del/de la solicitante:		
	Cónyuge o persona asimilada al cónyuge	Nº de hijos	Nº de otros familiares	De entre todos ellos, nº de personas con discapacidad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA	
	IMPORTE	PERIODICIDAD DE LA AYUDA <i>(Indique "por una sola vez" o "mensual", "trimestral", etc. En este último caso, especifique fecha inicial y final)</i>

5	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA		DECLARACIÓN RESPONSABLE	
	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta/libreta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(a cumplimentar voluntariamente)</i>			Organismo pagador		Importe íntegro	
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otro domicilio <input type="checkbox"/>			
	Calle, plaza y número						
	Código postal	Localidad		TOTAL			
	Provincia	País		2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.			

<p>PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.- A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.</p>	<p>LUGAR, FECHA y FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante, debidamente acreditado <i>(art. 32 LRJAP-PAC)</i>,</p>
---	--

EJEMPLAR PARA MUFACE

MOTIVO DE LA SOLICITUD

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
(originales o fotocopias compulsadas)

Estas Ayudas no son prestaciones comunes, en el sentido de que no existe un derecho predeterminado a recibirlas y, además, debe tenerse en cuenta:

- a) En el ámbito provincial, que su concesión exige que se dé un estado de necesidad de los que se indican y una escasez de recursos para hacerle frente, dentro de los criterios fijados por la respectiva Comisión Provincial de MUFACE, y que se disponga de crédito para estas atenciones.
- b) En las que, por su mayor cuantía, son resueltas por los Servicios Centrales de MUFACE, que deben concurrir las mismas causas (estado de necesidad de los indicados y escasez de recursos), y se podrán conceder en apreciación razonable de las circunstancias, según los créditos disponibles para estos fines:

Marque con "X" la cuadrícula o cuadrículas correspondientes.

Siempre uno de los que a continuación se indican. Además los que en cada caso procedan. Marque con "X" las cuadrículas correspondientes, teniendo en cuenta que los ya marcados con son imprescindibles.

- Última Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la Administración tributaria.
- Certificación de la Administración tributaria 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.

Esta documentación se referirá a todos los miembros de la unidad de convivencia.

Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.

Presupuesto o previsión de gastos, o, de haberse ya realizado, factura de los mismos (siempre original).

Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento o en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias.

Informe médico justificativo de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica, del internamiento o tratamiento psiquiátrico, o del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria.

Asistencia sanitaria de quien haya perdido la condición de beneficiario, dependa económicamente del titular y no la tenga cubierta por ningún Régimen público de Seguridad Social.

En el caso de la persona que hubiera perdido la condición de beneficiario de Asistencia Sanitaria, declaración del titular de que depende económicamente de él y de que no tiene cubierta dicha Asistencia por ningún Régimen público de Seguridad Social.

Gastos de desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, cuando no deban ser cubiertos ni por la Entidad Médica ni por MUFACE, según las normas de Asistencia Sanitaria.

Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.

Prórroga/s de la licencia por enfermedad o accidente.

Ejemplar/es para MUFACE del/de los "parte/s de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo" (siempre originales).

Certificado de la Unidad Pagadora, acreditativo de las retribuciones en el primer mes de licencia y de la fecha en la que ha dejado de percibir las retribuciones complementarias.

Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada.

Presupuesto o previsión de gastos, o, de haberse ya realizado, factura de los mismos (siempre original).

Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos.

Atención a personas con discapacidad, enfermos de Alzheimer y de otras patologías que impliquen deterioro cognitivo.

Informe médico o psicológico justificativo de la necesidad del tratamiento, de la atención o del alojamiento en un centro residencial.

Presupuesto o previsión de gastos, o, de haberse ya realizado, factura de los mismos (siempre original).

Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.

Declaración responsable de la situación socio-familiar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.

Situación análoga cuya atención no haya sido regulada en otras normas del Régimen especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, ni mencionada en los epígrafes anteriores.

Documento/s justificativo/s del estado o situación de necesidad y, en su caso, de los gastos producidos o que se prevé se van a producir.

AMPLIACIÓN DEL MOTIVO DE LA SOLICITUD

Amplíe, si lo estima necesario, el motivo señalado más arriba y justifique la imposibilidad de hacer frente a los gastos correspondientes. Si es preciso, utilice hojas adicionales.

DILIGENCIA

Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el/la solicitante las condiciones de afiliación o alta precisas para obtener el derecho a la prestación.

Se han comprobado los datos del/de la solicitante y en las fechas de efectos:

- Reunía las condiciones de afiliación y de alta precisas para la prestación.
 No reunía dichas condiciones por:

,a de de
EL/LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

INFORME DEL ASESOR MÉDICO DEL SERVICIO PROVINCIAL

Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la Director/a del Servicio Provincial lo estime oportuno.

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe:

- FAVORABLE
 DESFAVORABLE, por:

,a de de
EL/LA ASESOR/A MÉDICO,

INFORME

Si concurre el requisito, márquese con "X" la cuadrícula **SÍ**; en caso contrario, la cuadrícula **NO**

	SÍ	NO
A) Los hechos se encuentran comprendidos en alguno de los supuestos establecidos en el epígrafe 2 de la Instrucción AS-1/2003.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Concurren los requisitos de estado o situación de necesidad, indispensabilidad del gasto para su superación y escasez o carencia de recursos para hacer frente a dichos estado o situación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) La necesidad para la que se solicita la ayuda es de imposible atención por otra prestación establecida por MUFACE y no ha sido cubierta por ningún otro Régimen público de Seguridad Social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Existe crédito disponible del asignado al Servicio Provincial para Ayudas Asistenciales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

EJEMPLAR PARA MUFACE

PROPUESTA DE RESOLUCION

Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable y los créditos disponibles, se propone:

SU APROBACIÓN total parcial por estimarse así procedente, concediendo la cantidad de Euros

en concepto de Ayuda Asistencial.

SU DENEGACIÓN por:

La presente propuesta se eleva a informe de la Comisión Provincial.

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

INFORME DE LA COMISIÓN PROVINCIAL

La Comisión Provincial de MUFACE, en su reunión del día de la fecha, ha emitido sobre la propuesta informe

FAVORABLE
 DESFAVORABLE por:

,a de de
EL/LA SECRETARIO/A DE LA COMISIÓN,

Vista la propuesta y el informe de la Comisión Provincial,

- Se aprueba la propuesta de resolución.
 Formúlese nueva propuesta, con arreglo al informe de la Comisión.
 Remítase a la Dirección General.

En su caso, notifíquese y dispóngase el pago.

,a de de

SOLICITUD DE AYUDA ASISTENCIAL

1	DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	Provincia	País	Teléfono	NIF/Pasaporte/D. Identif. (UE)

2	DATOS DEL/DE LA CAUSANTE <i>(si coincide con el/la solicitante, indique: "El/la mismo/a")</i>		
	NIF/Pasaporte/D. Identif. (UE)	Apellidos	Nombre

3	SITUACIÓN FAMILIAR			
	Estado civil del/de la solicitante	Detalle de las personas que conviven en el domicilio del/de la solicitante:		
	Cónyuge o persona asimilada al cónyuge	Nº de hijos	Nº de otros familiares	De entre todos ellos, nº de personas con discapacidad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	DATOS DE LA AYUDA SOLICITADA	
	IMPORTE	PERIODICIDAD DE LA AYUDA <i>(Indique "por una sola vez" o "mensual", "trimestral", etc. En este último caso, especifique fecha inicial y final)</i>

5	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA	DECLARACIÓN RESPONSABLE
	Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta	1.- He/hemos recibido o solicitado otra/s ayuda/s por este mismo hecho causante, dispensadas o financiadas con fondos públicos <i>(de no existir dichas ayudas, indique "0")</i> :
	<input type="text"/>	

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN <i>(a cumplimentar voluntariamente)</i>		Organismo pagador	Importe íntegro
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>		
	Calle, plaza y número			
	Código postal	Localidad	TOTAL	
	Provincia	País	2.- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.	

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. - A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.	LUGAR, FECHA y FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante, debidamente acreditado <i>(art. 32 LRJAP-PAC)</i> ,
---	--

MOTIVO DE LA SOLICITUD

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
(originales o fotocopias compulsadas)

Estas Ayudas no son prestaciones comunes, en el sentido de que no existe un derecho predeterminado a recibirlas y, además, debe tenerse en cuenta:

- a) En el ámbito provincial, que su concesión exige que se dé un estado de necesidad de los que se indican y una escasez de recursos para hacerle frente, dentro de los criterios fijados por la respectiva Comisión Provincial de MUFACE, y que se disponga de crédito para estas atenciones.
- b) En las que, por su mayor cuantía, son resueltas por los Servicios Centrales de MUFACE, que deben concurrir las mismas causas (estado de necesidad de los indicados y escasez de recursos), y se podrán conceder en apreciación razonable de las circunstancias, según los créditos disponibles para estos fines:

Marque con "X" la cuadrícula o cuadrículas correspondientes.

Siempre uno de los que a continuación se indican. Además los que en cada caso procedan. Marque con "X" las cuadrículas correspondientes, teniendo en cuenta que los ya marcados con son imprescindibles.

- Última Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o, en su caso, de la comunicación emitida o de la liquidación girada a efectos de devolución, por la Administración tributaria.
- Certificación de la Administración tributaria 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.

Esta documentación se referirá a todos los miembros de la unidad de convivencia.

Tratamiento médico o intervención quirúrgica especial de carácter excepcional por un determinado facultativo.

Presupuesto o previsión de gastos, o, de haberse ya realizado, factura de los mismos (siempre original).

Tratamiento psiquiátrico mediante internamiento o en régimen ambulatorio, no cubierto por las prestaciones sanitarias ni sociosanitarias.

Informe médico justificativo de la necesidad del tratamiento o intervención quirúrgica, del internamiento o tratamiento psiquiátrico, o del desplazamiento para recibir asistencia sanitaria.

Asistencia sanitaria de quien haya perdido la condición de beneficiario, dependa económicamente del titular y no la tenga cubierta por ningún Régimen público de Seguridad Social.

En el caso de la persona que hubiera perdido la condición de beneficiario de Asistencia Sanitaria, declaración del titular de que depende económicamente de él y de que no tiene cubierta dicha Asistencia por ningún Régimen público de Seguridad Social.

Gastos de desplazamiento para recibir asistencia sanitaria, cuando no deban ser cubiertos ni por la Entidad Médica ni por MUFACE, según las normas de Asistencia Sanitaria.

Situación de Incapacidad Temporal, sin derecho al subsidio correspondiente por no alcanzar el periodo de carencia.

Prórroga/s de la licencia por enfermedad o accidente.

Ejemplar/es para MUFACE del/de los "parte/s de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo" (siempre originales).

Certificado de la Unidad Pagadora, acreditativo de las retribuciones en el primer mes de licencia y de la fecha en la que ha dejado de percibir las retribuciones complementarias.

Gastos de carácter urgente en casos de importancia extraordinaria, debidamente justificada.

Presupuesto o previsión de gastos, o, de haberse ya realizado, factura de los mismos (siempre original).

Otros documentos que acrediten los hechos origen de los gastos.

Atención a personas con discapacidad, enfermos de Alzheimer y de otras patologías que impliquen deterioro cognitivo.

Informe médico o psicológico justificativo de la necesidad del tratamiento, de la atención o del alojamiento en un centro residencial.

Presupuesto o previsión de gastos, o, de haberse ya realizado, factura de los mismos (siempre original).

Atención a gastos familiares ordinarios de carácter general, existiendo insuficiencia de ingresos en la unidad de convivencia para atenderlos.

Declaración responsable de la situación socio-familiar y de vivienda, acompañada, en su caso, de todo aquel documento que se considere apropiado para acreditar el estado o situación de necesidad.

Situación análoga cuya atención no haya sido regulada en otras normas del Régimen especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, ni mencionada en los epígrafes anteriores.

Documento/s justificativo/s del estado o situación de necesidad y, en su caso, de los gastos producidos o que se prevé se van a producir.

AMPLIACIÓN DEL MOTIVO DE LA SOLICITUD

Amplíe, si lo estima necesario, el motivo señalado más arriba y justifique la imposibilidad de hacer frente a los gastos correspondientes. Si es preciso, utilice hojas adicionales.