



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

**PARA HECHOS CAUSANTES
POSTERIORES A 11-04-2003**

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE JUBILACIÓN

1	MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Domicilio: Calle o Plaza y número	
	Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono

2	REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN (Marque con "X" las cuadrículas correspondientes)			
	JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Forzosa por edad	<input type="checkbox"/> Por incapacidad permanente para el servicio	
	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Servicio activo	<input type="checkbox"/> Servicios en CC.AA.	<input type="checkbox"/> Excedencia forzosa
		<input type="checkbox"/> Servicios especiales	<input type="checkbox"/> Expectativa de destino	<input type="checkbox"/> Excedencia por cuidado de familiares

3	DATOS PARA EL IMPORTE DEL SUBSIDIO		
	Consigne los importes íntegros correspondientes al mes de su jubilación (sin pagas extraordinarias ni atrasos).		Fecha de jubilación: ___/___/____
	- Sueldo...../mes	- Trienios...../mes	Otra/s ayuda/s recibidas o solicitadas por este mismo hecho causante, dispensadas o financiadas con fondos públicos
	- Grado (si supone retribución)/mes		Organismo pagador
			Importe íntegro
	TOTAL (A)/mes	TOTAL (B)	
El importe íntegro del subsidio será igual al TOTAL (A) multiplicado por el coeficiente "2". De este resultado se restará el TOTAL (B).			

4	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
	Siempre los señalados con <input checked="" type="checkbox"/> . En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/> , marcándolo con "X".
	<input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la Resolución en la que se acuerde la jubilación. <input type="checkbox"/> Si en la Resolución indicada no figura la situación administrativa, certificación de la correspondiente Unidad de Personal acreditativa de dicha situación en la fecha de jubilación. <input checked="" type="checkbox"/> Certificación de la Unidad Pagadora en la que consten las retribuciones básicas íntegras correspondientes al mes en que se produzca la jubilación (si en ese mes el mutualista no estuviera percibiendo las retribuciones básicas conforme al Cuerpo, Escala o plaza en que se jubile, certificación de la Unidad de Personal competente acreditativa de las que le hubieran correspondido, de haber estado en servicio activo, en el mes de la jubilación).

5	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA
	Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta / libreta

6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumplimentar voluntariamente)
	Domicilio: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>
	Calle, plaza y número
	Código postal Localidad
	Provincia País

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
- Me comprometo a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en la concesión del subsidio.

(Lugar, fecha y firma del solicitante o de su representante debidamente acreditado – art. 32 de la LRJAP-PAC-)

EJEMPLAR PARA MUFACE

DPS 32001.1(05/03)

PROTECCION DE DATOS DE CARACTER 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.

DILIGENCIA

Sólo se rellenará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el mutualista las condiciones de afiliación o alta precisas para causar la prestación o si existe discrepancia entre el fichero automatizado y la documentación aportada en cuanto a la situación administrativa.

Se han comprobado los datos del mutualista al que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante:

- reunía las condiciones de afiliación y alta precisas para la prestación.
- no reunía las condiciones de afiliación o de alta precisas para la prestación, por
- su situación administrativa
- es una de las que posibilitan el derecho a la prestación.
- no es

, a de de
EL/LA JEFE DE COLECTIVOS,

INFORME

Sólo se utilizará y suscribirá si el mutualista causante del Subsidio de Jubilación hubiera fallecido antes de concluir la tramitación o antes de procederse al abono de la prestación.

Fecha de fallecimiento del mutualista causante del Subsidio de Jubilación, según la documentación aportada __/__/____.

La/s persona/s que ha/n instado la conclusión del procedimiento o la realización del abono

- Sí acredita/n su condición de heredero/s del mutualista causante.
- No

, a de de
EL/LA JEFE DE PRESTACIONES,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

Vista la presente solicitud, los informes emitidos, la documentación aportada y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

- SU APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de en concepto de Subsidio de Jubilación.
- SU DENEGACIÓN, por

, a de de
EL/LA JEFE DE PRESTACIONES,

CONFORME

Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites.

, a de de
EL/LA



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

**PARA HECHOS CAUSANTES
POSTERIORES A 11-04-2003**

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE JUBILACIÓN

1	MUTUALISTA SOLICITANTE			
	Número de afiliación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.)		Domicilio: Calle o Plaza y número	
	Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono

2	REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN (Marque con "X" las cuadrículas correspondientes)			
	JUBILACIÓN	<input type="checkbox"/> Forzosa por edad	<input type="checkbox"/> Por incapacidad permanente para el servicio	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Servicio activo	<input type="checkbox"/> Servicios en CC.AA.	<input type="checkbox"/> Excedencia forzosa	
	<input type="checkbox"/> Servicios especiales	<input type="checkbox"/> Expectativa de destino	<input type="checkbox"/> Excedencia por cuidado de familiares	

3	DATOS PARA EL IMPORTE DEL SUBSIDIO		
	Consigne los importes íntegros correspondientes al mes de su jubilación (sin pagas extraordinarias ni atrasos).		Fecha de jubilación: __/__/____
	- Sueldo...../mes		Otra/s ayuda/s recibidas o solicitadas por este mismo hecho causante, dispensadas o financiadas con fondos públicos
	- Trienios...../mes		
	- Grado (si supone retribución)/mes		Organismo pagador
TOTAL (A)/mes		Importe íntegro	
		TOTAL (B)	

El importe íntegro del subsidio será igual al TOTAL (A) multiplicado por el coeficiente "2". De este resultado se restará el TOTAL (B).

4	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
	Siempre los señalados con <input checked="" type="checkbox"/> . En su caso, el señalado con <input type="checkbox"/> , marcándolo con "X".
<input checked="" type="checkbox"/>	Fotocopia compulsada de la Resolución en la que se acuerde la jubilación.
<input type="checkbox"/>	Si en la Resolución indicada no figura la situación administrativa, certificación de la correspondiente Unidad de Personal acreditativa de dicha situación en la fecha de jubilación.
<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación de la Unidad Pagadora en la que consten las retribuciones básicas íntegras correspondientes al mes en que se produzca la jubilación (si en ese mes el mutualista no estuviera percibiendo las retribuciones básicas conforme al Cuerpo, Escala o plaza en que se jubile, certificación de la Unidad de Personal competente acreditativa de las que le hubieran correspondido, de haber estado en servicio activo, en el mes de la jubilación).

5	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA			
	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Número de cuenta / libreta
6	DATOS DE NOTIFICACIÓN (a cumplimentar voluntariamente)			
	Domicilio:	Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio <input type="checkbox"/>		
	Calle, plaza y número			
	Código postal	Localidad		
Provincia		País		

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:	
1.	Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.
2.	Me comprometo a comunicar a MUFACE cualquier variación que incida en la concesión del subsidio.
(Lugar, fecha y firma del solicitante o de su representante debidamente acreditado – art. 32 de la LRJAP-PAC-)	

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.

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO

DPS-32001.2(05/03)