SERVICIO PROVINCIA

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA EN MUEAC

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

# SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO MINUSVÁLIDO

1	DATOS DEL SOLICITANTE PERCEPTOR									]			
Tipo Percep.	Primer apellido		Segundo	apellido			Nombre			Número de af	liación		
	NIF/Pasaporte/D.ld	, ,	Relación	con el causant		Domicilio: calle	e o plaza y núr	nero					
	Código postal	Localidad			Pro	vincia			País		Teléfon	0	
	DATOS I	DE LA OT	RA PE	RSONA	QI	JE ES TI	TULAR	DE	LA PATRIA	POTES	STAD O T	UTELA	
	Apellidos			Nombre			NIF/Pasapor	te/D. Id	dentificación (U.E.)	Nº afilia	ción a la Seg. Soc	ial (en su caso)	
2	D	ATOS DEI	L MIN	USVÁLI	DO	CAUSA	NTE (ma	rque	con "X" las cuad	rículas corr	espondientes	)	Ī
	Primer apellido	Segur	ndo apellido	)		Nombre			Fecha nacimiento		NIF/Pasaporte/I	D.I. (U.E.)	EJEMPL
	1 ☐ Es hijo de (3 ☐ mutualista de MUFACE,  o el solicitante, que es   o  2 ☐ Es menor acogido por (4 ☐ titular de documento asimilado al de afiliación de MU							n de MUFAC	Ε,	EJEMPLAR PARA MUFACE			
Tipo Resol.  L  Estado nómina	<b>7</b> □ Es	<ul> <li>( 5 ☐ incluido encontrándose</li></ul>								JFACE			
Causa	dob	ole orfandad. A	estos e	fectos se de	ebe c	considerar q	ue:		·				
Deneg.								su cargo.					
	<b>10</b> □ No e	No ejerce actividad laboral lucrativa por cuenta propia ni ajena.											
Tipo Prest	pero los rendimientos netos que obtiene por este con-   cepto, considerados en cómputo anual, no superan el   75 por cien del salario mínimo interprofesional vigente,   considerado también en cómputo anual.												
	12 ☐ Percibe pensión contributiva por ☐ jubilación, ☐ invalidez o ☐ viudedad, por importe anual deeuro							euros.					
	Si ha	marcado en 1	<b>1</b> o <b>12</b> s	e encuentra	afili	ado con el n	°	_ _	_	_	_		
	en el	Régimen		de	la Se	guridad Soc	cial de						
	DISCA	PACIDAD F	POR L	A QUE E	STÁ	AFECTA	ADO:		Grado		Causa		
		cidad en grado stación en mer			33 p	oor cien (sól	o es causa			_l	_ _ _ _	I	
		cidad en grado rso de otra pe							3ª 		Validez		
	de concu	idad en grado rso de otra pe ales como vest	rsona pa	ıra realizar l	os a	ctos más es	enciales de		ectos:/				

DPS-21001.1(02/04)

3	DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN								
	Siempre el señalado con ⊠; además, según lo que proceda en cada caso, el/los señalado/s con □, marcándolo/s con "X". (Pueden presentarse fotocopias compulsadas u originales, acompañados de fotocopia, para su compulsa por MUFACE)								
	A ⊠ Resolución de reconocimiento del grado de minusvalía y dictamen técnico-facultativo en vigor, con indicación del plazo de validez revisión, acreditativos del grado de discapacidad y, si procede, de la necesidad del concurso de tercera persona por parte del causant con discapacidad, expedidos por los órganos del IMSERSO o de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales, co competencias en esta materia.	е							
	B ☐ Si el causante tiene 16 ó más años de edad, se deberá acreditar su situación en cuanto a su posible afiliación a algún Régimen públic de Seguridad Social. Para ello, puede optar por una de estas dos vías:	O							
	B 1 ☐ Autorizar a MUFACE para que realice una consulta telemática al respecto, para lo que el causante suscribe est autorización:	а							
	(firma del causante o su representante legal)								
	B 2 Presentar "Informe de situación en el fichero general de afiliación" o, en su caso, "informe de vida laboral", expedido, un u otro, por la Tesorería General de la Seguridad Social.	Э							
	C ☐ Si en el epígrafe 2 corresponde marcar la cuadrícula 8: documento que acredite que el solicitante es el representante legal del causant judicialmente incapacitado o que le tiene a su cargo.	е							
	D ☐ Si en el epígrafe 2 corresponde marcar la cuadrícula 11:								
	<ul> <li>D1 ☐ Documento de afiliación del causante a cualquier Régimen público de Seguridad Social.</li> <li>Certificación de la Entidad Gestora o del Organismo competente para la gestión del Régimen en el que esté afiliado e causante, de que no percibe la prestación por hijo minusválido con cargo a dicho Régimen.</li> <li>Si la otra persona que es titular de la patria potestad o tutela está afiliada a otro Régimen público de Seguridad Social: Certificación de la Entidad Gestora o del Organismo competente para la gestión de dicho Régimen, de que dicho afiliado n percibe la prestación por ese causante o, de haberla percibido, ha manifestado su opción de que la perciba a través d MUFACE el otro titular.</li> </ul>	0							
	<ul> <li>D 4 ☐ Certificación de la empresa o entidad en la que el causante desempeñe su actividad lucrativa, en la que consten:         <ul> <li>Nombre o razón social y número de cuenta de cotización.</li> <li>Duración del contrato.</li> <li>Importe íntegro de la retribución por período de trabajo (p. ejemplo: 325 €/mes).</li> </ul> </li> <li>Importe íntegro de las pagas extraordinarias y el número de éstas que se abonarían en un año e idéntic información sobre otras retribuciones de periodicidad distinta a la mensual.</li> </ul>	а							
	E Si se era perceptor de alguna pensión, prestación o subsidio incompatible: documento/s que acredite/n que se ha optado por l prestación de MUFACE, o que se ha renunciado a aquél/los, así como la fecha de efectos económicos de la opción o la renuncia.	а							
	F ☐ Si el causante es un menor en régimen de acogimiento familiar, tanto de carácter permanente como preadoptivo: decisión administra o judicial de acogimiento.								
	NOTA: Si ya aportó el/los documento/s exigido/s en otro procedimiento tramitado con MUFACE, no es necesario que vuelva a aportarlos (salvo que requieran una actualización).  De ser así, indique el/los documento/s ya entregado/s y los datos relativos al procedimiento anterior:	е							
	- Documento/s letra/s y número/s                   - Código del expediente:								
	- Fecha de presentación:// Objeto de la solicitud:								
4	FORMA DE PAGO QUE SE ELIGE (marque con "X")  DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:	=							
_	1 Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos completos.	y							
<u> </u>	Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta  2 Ninguno de los progenitores, adoptantes o acogedores percibe ni h solicitado prestación por el mismo hecho y para el mismo causante								
	ningún otro Régimen público de Seguridad Social.  3 Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión n contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensió								
	HABILITADO DE CLASES PASIVAS	S							
	Apellidos y nombre establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Por ello, manifieste respecto de ambos progenitores, adoptantes o acogedores, que:								
	☐ No percibimos cuantía alguna por tales conceptos.	,							

# C Domicilio Habilitado Clases Pasivas Otro domicilio Calle, plaza y número Localidad Código postal Provincia País

nuestra opción a favor de la prestación de MUFACE.

Percibimos algún subsidio, pero hemos manifestado nuestra renuncia al mismo.

4.- Conozco que estoy obligado a comunicar inmediatamente a MUFACE cualquier variación que incida en los requisitos de la prestación.

(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

DILIGENCIA
Se han comprobado los datos del colectivo y de afiliación que afectan a la presente solicitud, con el siguiente resultado:
1. Respecto del solicitante perceptor:
Es mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación, en situación de alta desde///.
Es el representante legal del causante, tutor o guardador o, en su defecto, la persona que le tiene a su cargo, según queda acreditado en la documentación que se incorpora al expediente.
2. Respecto del minusválido causante:
Es beneficiario del mutualista o del titular solicitante, en situación de alta desde//, con número de orden  _ _
Es titular de documento asimilado al de afiliación, en situación de alta desde//, siendo el propio solicitante.
No figura en el colectivo o figura en situación de baja desde / /
Está afiliado al Régimen de la Seguridad Social de
☐ percibe Ia prestación por hijo minusválido con cargo al mismo. ☐ no percibe
3. Otras consideraciones:  , a de de ELLA JEFE DE COLECTIVOS.

DPS-21001.1 (02/04)

## **INSTRUCCIONES GENERALES**

- No escriba en los espacios sombreados con trama.
- \* Escriba siempre en letras mayúsculas.

### INSTRUCCIONES PARA LOS EPÍGRAFES QUE SE INDICAN

### 1.- Datos del solicitante perceptor.

- En el caso de que el solicitante sea el propio minusválido, en el espacio "Relación con el causante" indique "el mismo". De no ser así, señale el parentesco o, en su caso, la palabra "representante"
   Esta situación se producirá cuando corresponda marcar las cuadrículas 7 y 9 del epígrafe 2 ó cuando el minusválido tenga 18 ó más años, no haya sido incapacitado judicialmente y conserve su capacidad de obrar.
- En cualquier supuesto, debe anotarse el domicilio actual del solicitante.
  - Datos de la otra persona que es titular de la patria potestad o tutela: Si existe, deben anotarse los datos solicitados. En el recuadro "Número de afiliación" se indicará el que corresponda a esta persona, si estuviera afiliada a algún Régimen público de Seguridad Social.

#### 2.- Datos del minusválido causante.

- Las cuadrículas que se marquen y los datos que se transcriban deben reflejar adecuadamente la situación del causante respecto a:
  - El mutualista o el titular de documento asimilado al de afiliación, de MUFACE.
  - Su propia pertenencia o no al colectivo de MUFACE.
  - La realización o no de una actividad laboral lucrativa, la percepción de alguna pensión contributiva y su posible afiliación obligatoria al respectivo Régimen de Seguridad Social.
  - El grado de su discapacidad.

#### 5.- Datos de notificación.

• Sólo se rellenará si se quiere que el domicilio para recibir las notificaciones sea el del Habilitado de Clases Pasivas u otro domicilio distinto al que se ha señalado para el solicitante en el epígrafe 1.

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

La prestación por hijo minusválido consiste en una asignación económica, cuya cuantía, fijada por Ley, se suele actualizar, en general, por las Leyes anuales de Presupuestos Generales del Estado, y que varía, en principio, en función de que el causante con discapacidad sea menor o mayor de 18 años. En el primer caso, se exige una discapacidad en grado igual o superior al 33 por cien y la cuantía es única; en el segundo, es necesario que la discapacidad sea en grado igual o superior al 65 por cien y la cuantía también es única, salvo que alcance el 75 por cien y, además, el causante con discapacidad necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, en cuyo supuesto la asignación es superior.

Desde 1 de enero de 2004 pueden causar también la prestación los hijos o menores acogidos que estén a cargo de un mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación y convivan con él, que, encontrándose en las situaciones de discapacidad señaladas en el párrafo anterior, realicen una actividad laboral lucrativa, siempre que los ingresos que perciban por este concepto, en cómputo anual, no superen el 75 por cien del salario mínimo interprofesional vigente, también en cómputo anual.

Con carácter general, las altas, bajas, y variaciones producen efecto en el trimestre natural inmediatamente siguiente a aquél en que se presente la solicitud acreditando la discapacidad o se produzca el hecho que motiva la baja o variación. Si la variación se debe al cumplimiento de los 18 años, la modificación de la cuantía se realiza de oficio, siempre que obre previamente en MUFACE la documentación en vigor que acredite el derecho a tal modificación.

A partir de la fecha de efectos, la asignación se abona por MUFACE, mensualmente, incluyendo en el primer pago los atrasos, si los hubiere.

El solicitante perceptor de la prestación está obligado a comunicar a MUFACE, con carácter inmediato, cualquier variación en las circunstancias declaradas en la presente solicitud, que puedan afectar a los requisitos de la prestación.

Sin perjuicio de ello, MUFACE solicitará anualmente la actualización de los datos que acrediten la persistencia de los requisitos necesarios para el mantenimiento del derecho al percibo de la prestación.

Cualquier abono que se efectúe indebidamente durante un período en que no se reunieran los requisitos necesarios, dará lugar al oportuno reintegro de las percepciones indebidas.

SERVICIO PROVINCIA

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

# SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO MINUSVÁLIDO

A	DATOS DEL SOLICITANTE PERCEPTOR											
1	Primer apellido	Segundo apellido				Nombre Número de afiliación						
Tipo			9								_ _ _	
Percep.	NIF/Pasaporte/D.lde	entificación (U.E.)	Relación	con el causante		Domicilio: calle	o plaza y núme	ro				
<u> _ </u>	Of the most of	I I Bd - d			D				D-'-			T-1//
	Código postal	Localidad			PIO	vincia			País			Teléfono
	DATOS F	I DELA OTI	RA PE	RSONA	ဂ၊	IF FS TI	TUI AR I	)F	LA PATRIA	POTES	TAD	O TUTFI A
	Apellidos			Nombre					dentificación (U.E.)			eg. Social (en su caso)
										_	_ _ _	
2	D/	ATOS DEL	_ MIN	USVÁLIE	00	CAUSAI	NTE (marg	ue (	con "X" las cuadrío	ulas corre	espondie	entes)
	Primer apellido		ido apellido			Nombre			Fecha nacimiento		•	aporte/D.I. (U.E.)
									//			
	<b>1</b> ☐ Esh	nijo de					nutualista de	e MU	JFACE,			
o el solicitante, que es o c 2 Es menor acogido por (4 Titular de documento asimilado al de afiliación de MU							n de Ml	JFACE,				
Tipo Resol.	Tipo Resol. ( <b>5</b> ☐ incluido											
encontrándose   o en su documento de beneficiarios.												
T ☐ Es titular de documento asimilado al de afiliación, al ser hijo o huérfano de mutualista y encontrarse en alç												
<u> </u>								en situación de				
Causa Deneg.								ne a su cargo.				
	9 ☐ no está incapacitado, siendo él mismo el solicitante.											
	10 ☐ No ejerce actividad laboral lucrativa por cuenta propia ni ajena.    pero los rendimientos netos que obtiene por este con								or este con-			
Tipo Prest	(44.4 🗆 prenie — Leente considerades en cémpute enuel ne cuperen							superan el				
_ _	75 por cien dei salario minimo interprofesional vigente,   11.2   ajena,   considerado también en cómputo anual.							onal rigomo,				
	12 ☐ Percibe pensión contributiva por ☐ jubilación, ☐ invalidez o ☐ viudedad, por importe anual deeuros.							euros.				
	Si ha marcado en 11 o 12 se encuentra afiliado con el nº											
	en el l	Régimen		de la	a Se	guridad Soc	ial de					
	DISCAF	PACIDAD F	POR L	A QUE ES	STÁ	AFECTA	NDO:		Grado		Caus	sa
		dad en grado							1 1 1 1 1 1	1	l l	1
		tación en mer idad en grado		•	65 r	oor cien sin	necesidad		_ _ _ _		_ _ _	I_I_I
		so de otra per							3 <sup>a</sup>		Valide	ez
	Discapaci	dad en grado							L			
		so de otra per les como vesti						Г	ootoo:	,		
								<b>□</b> 10	ectos:/	/		

DPS-21001.2 (02/04)

DOCUMENTOS NECESA	ARIOS PARA LA TRAMITACIÓN
	oceda en cada caso, el/los señalado/s con □, marcándolo/s con"X". nales, acompañados de fotocopia, para su compulsa por MUFACE)
revisión, acreditativos del grado de discapacidad y, si proce	dictamen técnico-facultativo en vigor, con indicación del plazo de validez ede, de la necesidad del concurso de tercera persona por parte del causan ERSO o de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales, co
B ☐ Si el causante tiene 16 ó más años de edad, se deberá aci de Seguridad Social. Para ello, puede optar por una de esta	reditar su situación en cuanto a su posible afiliación a algún Régimen públios dos vías:
B 1  Autorizar a MUFACE para que realice una autorización:	consulta telemática al respecto, para lo que el causante suscribe es
	(firma del causante o su representante legal)
<b>B 2</b> ☐ Presentar "Informe de situación en el fichero u otro, por la Tesorería General de la Segurio	general de afiliación" o, en su caso, "informe de vida laboral", expedido, ul dad Social.
C ☐ Si en el epígrafe 2 corresponde marcar la cuadrícula 8: doc judicialmente incapacitado o que le tiene a su cargo.	rumento que acredite que el solicitante es el representante legal del causar
D ☐ Si en el epígrafe 2 corresponde marcar la cuadrícula 11:	
causante, de que no percibe la prestación por hiji  D 3 Si la otra persona que es titular de la patria potes Certificación de la Entidad Gestora o del Organi percibe la prestación por ese causante o, de h MUFACE el otro titular.  D 4 Certificación de la empresa o entidad en la que e  Nombre o razón social y número de cu Duración del contrato. Importe íntegro de la retribución por po	tad o tutela está afiliada a otro Régimen público de Seguridad Social: smo competente para la gestión de dicho Régimen, de que dicho afiliado laberla percibido, ha manifestado su opción de que la perciba a través el causante desempeñe su actividad lucrativa, en la que consten: uenta de cotización.  Período de trabajo (p. ejemplo: 325 €/mes).  Períodordinarias y el número de éstas que se abonarían en un año e idénti
	osidio incompatible: documento/s que acredite/n que se ha optado por s, así como la fecha de efectos económicos de la opción o la renuncia.
F ☐ Si el causante es un menor en régimen de acogimiento fam o judicial de acogimiento.	iliar, tanto de carácter permanente como preadoptivo: decisión administrati
requieran una actualización).	ento tramitado con MUFACE, no es necesario que vuelva a aportarlos (salvo q
De ser así, indique el/los <b>documento/s ya entregado/s y los datos r</b> - Documento/s letra/s y número/s   _   _   _   _   _   _   _   _	elativos al procedimiento anterior:  Código del expediente:  _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Objeto de la solicitud:
FORMA DE PAGO QUE SE ELIGE (marque con "X")	DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:
☐ TRANSFERENCIA BANCARIA	1 Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos completos.
Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta	2 Ninguno de los progenitores, adoptantes o acogedores percibe ni solicitado prestación por el mismo hecho y para el mismo causante
	ningún otro Régimen público de Seguridad Social.  3 Conozco que esta prestación es incompatible con la pensión
☐ HABILITADO DE CLASES PASIVAS ☐☐☐☐	contributiva de invalidez o de jubilación, así como con la pensi asistencial regulada en la Ley 45/1960, de 21 de julio, y con los subsidi
Apellidos y nombre	de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera perso establecidos en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Por ello, manifies respecto de ambos progenitores, adoptantes o acogedores, que:
DATES DE MOTIFICA DIÉM	No percibimos cuantía alguna por tales conceptos.
DATOS DE NOTIFICACIÓN (marque con "X", si procede,	nuestra opción a favor de la prestación de MUFACE.
Domicilio Habilitado Clases Pasivas Otro domicilio	Percibimos algún subsidio, pero hemos manifestado nuestra renuncia al mismo.
Calle, plaza y número	

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.

**4.-** Conozco que estoy obligado <u>a comunicar inmediatamente a MUFACE cualquier variación</u> que incida en los requisitos de la prestación.

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

# MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

Localidad

País

Código postal

Provincia