



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

**SOLICITUD BECA DE RESIDENCIA
MODALIDAD: NUEVA ADJUDICACIÓN**

1	DATOS DEL TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación	1º apellido	2º apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	Provincia	País	NIF / Pasaporte / Documento identidad (U.E.)	Teléfono
	<p style="text-align: center;"><i>Condición desde la que se presenta la solicitud (marque con "X" la que corresponda):</i></p> <input type="checkbox"/> A) Mutualista: para un hijo incluido en el Documento de Beneficiarios. <input type="checkbox"/> B) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser divorciado o cónyuge separado de un mutualista: para un hijo de éste incluido en el Documento de Beneficiarios del solicitante. <input type="checkbox"/> C) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser viudo de mutualista o asimilado: para un huérfano de éste incluido en el Documento de Beneficiarios del solicitante. <input type="checkbox"/> D) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser huérfano de mutualista o asimilado y con Documento de Afiliación propio: para sí mismo. <input type="checkbox"/> E) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser hijo de mutualista separado judicialmente o divorciado, que conviva con el progenitor no mutualista y posea Documento de Afiliación propio: para sí mismo.			

2	DATOS DEL BENEFICIARIO Y ESTUDIOS QUE CURSARÁ			
	NIF / Pasaporte / Documento identidad (U.E.)	Apellidos (Si fuese el propio titular, indique: "El mismo")		Nombre
	Universidad	Centro de enseñanza		AÑO ACADÉMICO 20__/20__
	Localidad	Titulación		CURSO

3	CIRCUNSTANCIAS A VALORAR (Marque con "X" o rellene los datos, según corresponda. Ver instrucciones)			
	3.1.- CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	Letra correspondiente a la situación familiar del beneficiario	<input type="checkbox"/>	Número de personas de la unidad de convivencia que tengan la condición legal de minusválido <input type="checkbox"/>
		Familia numerosa	<input type="checkbox"/>	
	3.2.- CALIFICACIONES ACADÉMICAS	Puntuación media en los estudios realizados	<input type="text"/>	
3.3.- DATOS ECONÓMICOS	Ingresos totales de la unidad de convivencia en el ejercicio anterior en dos años a la convocatoria	<input type="text"/>	euros	

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

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

a) El número total de personas que convivimos en el mismo domicilio (incluido el titular) al día anterior a la fecha de publicación de la vigente convocatoria en el BOE, es

b) **Todos los datos** consignados **son ciertos y completos**, de acuerdo con la acreditación documental que aportaré, en su momento, en caso de figurar en el listado de solicitantes que resulten con puntuación provisional suficiente.

c) No he recibido ayuda para el mismo fin por otro Organismo o Entidad, públicos o privados.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado. (Art. 32 de la LRJAP-PAC)

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

AUTORIZACIÓN (Ver Instrucciones)

Los abajo firmantes, que componemos la unidad de convivencia, **AUTORIZAMOS A MUFACE**, en caso de que el beneficiario figure en el listado de solicitantes que resulten con puntuación provisional suficiente, a **solicitar de la Administración tributaria** los datos del I.R.P.F. del ejercicio anterior en dos años a la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello, conforme a lo dispuesto en el apartado 2 de la disposición transitoria única del Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero (B.O. del E. del 28), así como en los convenios de colaboración suscritos al efecto por MUFACE, en el mismo sentido, con las distintas Administraciones tributarias. Todo ello, sin perjuicio de poder revocar esta autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.

PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
SOLICITANTE			
CÓNYUGE O ASIMILADO			
Beneficiario de la prestación			

PROTECCIÓN 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.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EJEMPLAR PARA ENVIAR A LOS SERVICIOS CENTRALES (Conforme al epígrafe 3.4.3 a) de la Instrucción)



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

**SOLICITUD BECA DE RESIDENCIA
MODALIDAD: NUEVA ADJUDICACIÓN**

1	DATOS DEL TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación	1º apellido	2º apellido	Nombre
	Domicilio: calle o plaza y número		Código postal	Localidad
	Provincia	País	NIF / Pasaporte / Documento identidad (U.E.)	Teléfono
	<p style="text-align: center;"><i>Condición desde la que se presenta la solicitud (marque con "X" la que corresponda):</i></p> <input type="checkbox"/> A) Mutualista: para un hijo incluido en el Documento de Beneficiarios. <input type="checkbox"/> B) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser divorciado o cónyuge separado de un mutualista: para un hijo de éste incluido en el Documento de Beneficiarios del solicitante. <input type="checkbox"/> C) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser viudo de mutualista o asimilado: para un huérfano de éste incluido en el Documento de Beneficiarios del solicitante. <input type="checkbox"/> D) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser huérfano de mutualista o asimilado y con Documento de Afiliación propio: para sí mismo. <input type="checkbox"/> E) Titular de documento asimilado al de afiliación, por ser hijo de mutualista separado judicialmente o divorciado, que conviva con el progenitor no mutualista y posea Documento de Afiliación propio: para sí mismo.			

2	DATOS DEL BENEFICIARIO Y ESTUDIOS QUE CURSARÁ			
	NIF / Pasaporte / Documento identidad (U.E.)	Apellidos (Si fuese el propio titular, indique: "El mismo")		Nombre
	Universidad	Centro de enseñanza		AÑO ACADÉMICO 20__/20__
	Localidad	Titulación		CURSO

3	CIRCUNSTANCIAS A VALORAR (Marque con "X" o rellene los datos, según corresponda. Ver instrucciones)			
	3.1.- CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	Letra correspondiente a la situación familiar del beneficiario	<input type="checkbox"/>	Número de personas de la unidad de convivencia que tengan la condición legal de minusválido <input type="checkbox"/>
		Familia numerosa	<input type="checkbox"/>	
	3.2.-CALIFICACIONES ACADÉMICAS	Puntuación media en los estudios realizados	<input type="text"/>	
	3.3.-DATOS ECONÓMICOS	Ingresos totales de la unidad de convivencia en el ejercicio anterior en dos años a la convocatoria	<input type="text"/>	euros

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA		<p style="text-align: center;">DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:</p> <p>a) El número total de personas que convivimos en el mismo domicilio (incluido el titular) al día anterior a la fecha de publicación de la vigente convocatoria en el BOE, es <input type="checkbox"/></p> <p>b) Todos los datos consignados son ciertos y completos, de acuerdo con la acreditación documental que aportaré, en su momento, en caso de figurar en el listado de solicitantes que resulten con puntuación provisional suficiente.</p> <p>c) No he recibido ayuda para el mismo fin por otro Organismo o Entidad, públicos o privados.</p> <p>LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado. (Art. 32 de la LRJAP-PAC)</p>
	Entidad bancaria	Sucursal	

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

AUTORIZACIÓN (Ver Instrucciones)

Los abajo firmantes, que componemos la unidad de convivencia, **AUTORIZAMOS A MUFACE**, en caso de que el beneficiario figure en el listado de solicitantes que resulten con puntuación provisional suficiente, a **solicitar de la Administración tributaria** los datos del I.R.P.F. del ejercicio anterior en dos años a la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello, conforme a lo dispuesto en el apartado 2 de la disposición transitoria única del Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero (B.O. del E. del 28), así como en los convenios de colaboración suscritos al efecto por MUFACE, en el mismo sentido, con las distintas Administraciones tributarias. Todo ello, sin perjuicio de poder revocar esta autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.

PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
SOLICITANTE			
CÓNYUGE O ASIMILADO			
Beneficiario de la prestación			

PROTECCIÓN 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.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO



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

**SOLICITUD BECA DE RESIDENCIA
MODALIDAD: NUEVA ADJUDICACIÓN**

1	DATOS DEL TITULAR SOLICITANTE			
	Número de afiliación _____	1º apellido _____	2º apellido _____	Nombre _____

DILIGENCIA	<input type="checkbox"/> El solicitante de una beca, no ha cumplido los requisitos previstos en la Resolución de convocatoria para la adjudicación de la misma, por concurrir la causa de no adjudicación, contenida en el/los siguiente/s epígrafe/s de su texto: _____	(Lugar, fecha, firma y sello de MUFACE)
	<input type="checkbox"/> Se ha presentado por el solicitante de una beca, la documentación prevista en la Resolución de convocatoria, que acredita los datos precisos para la adjudicación. PRIMERA FASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA FASE <input type="checkbox"/>	

2	DATOS DEL BENEFICIARIO Y ESTUDIOS QUE CURSARÁ			
	NIF / Pasaporte / Documento identidad (U.E.)	Apellidos (Si fuese el propio titular, indique: "El mismo")		Nombre
	Universidad	Centro de enseñanza		AÑO ACADÉMICO 20__/20__
	Localidad	Titulación		CURSO

3	CIRCUNSTANCIAS A VALORAR (Marque con "X" o rellene los datos, según corresponda. Ver instrucciones)			
	3.1.- CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES	Letra correspondiente a la situación familiar del beneficiario	<input type="checkbox"/>	Número de personas de la unidad de convivencia que tengan la condición legal de minusválido
		Familia numerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.2.-CALIFICACIONES ACADÉMICAS	Puntuación media en los estudios realizados	_____	
3.3.-DATOS ECONÓMICOS	Ingresos totales de la unidad de convivencia en el ejercicio anterior en dos años a la convocatoria	_____ euros		

4	DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA	DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:
	Entidad bancaria Sucursal D.C. Número de cuenta/libreta _____	

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

AUTORIZACIÓN (Ver Instrucciones)
 Los abajo firmantes, que componemos la unidad de convivencia, **AUTORIZAMOS A MUFACE**, en caso de que el beneficiario figure en el listado de solicitantes que resulten con puntuación provisional suficiente, a solicitar de la Administración tributaria los datos del I.R.P.F. del ejercicio anterior en dos años a la convocatoria, que sean precisos para la comprobación de los requisitos establecidos para esta prestación y exclusivamente para ello, conforme a lo dispuesto en el apartado 2 de la disposición transitoria única del Real Decreto 209/2003 de 21 de febrero (B.O. del E. del 28), así como en los convenios de colaboración suscritos al efecto por MUFACE, en el mismo sentido, con las distintas Administraciones tributarias. Todo ello, sin perjuicio de poder revocar esta autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a MUFACE.

PARENTESCO CON SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	FIRMA
SOLICITANTE			
CÓNYUGE O ASIMILADO			
Beneficiario de la prestación			

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.