



SOLICITUD

AYUDA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS DROGODEPENDIENTES

EXPEDIENTE Nº

DATOS DEL SOLICITANTE
Número de Afiliación, Primer apellido, Segundo apellido, Nombre, NIF/ Pasaporte/D. identidad UE, Domicilio (a efectos de notificaciones), Código Postal y Localidad, Provincia, País, Teléfono, Correo electrónico

DATOS DEL BENEFICIARIO
Nombre y apellidos del beneficiario (si fuese el propio solicitante, indíquese "el mismo"), Fecha de nacimiento, Grado de minusvalía

DOCUMENTACIÓN A APORTAR (señalar con una "x" lo que se aporta)
Fotocopia o copia de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas...
Si no existe obligación de declarar, certificación de la Administración Tributaria...
Certificación del domicilio y residencia de los miembros que componen la unidad familiar.
O, alternativamente a la aportación de los documentos anteriores, firmar la autorización a MUGEJU...
Para la primera mensualidad, prescripción del especialista, psicólogo o facultativo...
Para la segunda y sucesivas mensualidades, factura.
Las facturas deben ser originales y reunir los requisitos legales. No serán devueltas, salvo en caso de desestimación de la solicitud.
Declaración responsable de las pensiones o prestaciones que estén exentas o no estén sujetas a tributación por el I.R.P.F. percibidas durante el último ejercicio.

DATOS BANCARIOS

IBAN E S

**DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIÓN A LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL**

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- A) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos y autorizo a la Mutualidad General Judicial a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud.
- B) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social,
- C) Que en el supuesto de que reciba o vaya a recibir ayuda económica de otra entidad u organismo, lo es o será en la cuantía de .....euros.

**LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE**  
(en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)

--

**NOTAS:** - La autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido a la Mutualidad General Judicial.  
- Quedo enterado de la obligación de comunicar a la Mutualidad General Judicial cualquier variación que se pueda producir en lo sucesivo.

**AVISO IMPORTANTE:** La falsedad en documento público así como la obtención fraudulenta de prestaciones pueden ser constitutivos de delito.

**TITULAR O REPRESENTANTE**

Nº DE AFILIACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRE	N.I.F.	FIRMA

**BENEFICIARIOS MAYORES DE 18 AÑOS QUE PRESTEN AUTORIZACIÓN**

PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRE	N.I.F.	FIRMA

**OTROS COMPONENTES DE LA UNIDAD FAMILIAR (NO BENEFICIARIOS) QUE PRESTAN AUTORIZACIÓN**

PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRE	N.I.F.	FIRMA

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** A los efectos señalados en el Art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE de 14/12/1999), se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Mutualidad General Judicial, del fichero automatizado de datos de prestaciones, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de las mismas.