

Fundación Mutuality Abogacia

Solicitud de Prestación Social por hijo con diversidad funcional

NIF/NIE:.....

Nº Mutualista:.....

En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio:

Nº del documento de identificación del país de residencia:.....

DATOS SOLICITANTE

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Sexo:..... Estado Civil:..... Profesión:.....

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

Tfno.:..... Móvil:..... e-mail:.....

Nº de hijos:.....

Domicilio fiscal (solo en caso de ser diferente al domicilio particular):

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:..... País:.....

SITUACIÓN MUTUAL

Beneficiario Prestación Viudedad

Beneficiario Prestación Incapacidad Permanente

Beneficiario Prestación Jubilación

Mutualista en alta ejerciente por cuenta propia

Mutualista en alta no ejerciente, o ejerciente por cuenta ajena

SITUACIÓN PROFESIONAL/LABORAL DEL SOLICITANTE/MUTUALISTA

Años de ejercicio profesional del mutualista (activo/pasivo/causante de la prestación).....

DATOS HIJO DIVERSIDAD FUNCIONAL

DATOS PERSONALES

Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

Fecha:..... NIF/NIE.:.....

Tipo vía:..... Dirección:..... Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:..... Blq.:.....

C.P.:..... Población:..... Provincia:.....

Sexo: Fecha nacimiento:/...../..... NIF:.....

DATOS MINUSVALÍA

Menores de 18 años con un grado de discapacidad psíquica mínima del 35%

Menores de 18 años con un grado de discapacidad física mínima del 70%

Mayores de 18 años que tengan reducida su capacidad de trabajo en un porcentaje en grado de incapacidad permanente absoluta cuyos ingresos anuales sean inferiores al 50% del salario Mínimo Interprofesional, afecto por una discapacidad igual o superior al 70%.

(En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el asegurado deberá hacerlo cualquier persona que lo represente)

EL SOLICITANTE

EL REPRESENTANTE LEGAL

Los datos que se recogen en esta declaración son necesarios para valorar y delimitar el riesgo. El solicitante declara que todo cuanto anteriormente figura es verídico, no habiendo ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo.

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro facilitado por Ud. o terceras entidades es la FUNDACIÓN MUTUALIDAD ABOGACÍA (en adelante "la Fundación"), cuyos datos son CIF: G-83845818, Dirección Postal: calle Serrano, 9, 28001, Madrid, Teléfono: 914352486, Correo Electrónico: buzon@mutualidadabogacia.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion.datos@mutualidadabogacia.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de analizar su adecuación y poder realizar un proceso de selección para la posible concesión de la prestación conforme se informa en estas bases legales. La FUNDACIÓN no facilitará tus datos personales a terceros salvo obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. En este sentido, se comunicará aquella información necesaria para cumplir las obligaciones legales pertinentes a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria y entidades financieras para la gestión del pago de la prestación.

Sus datos se conservarán durante la vigencia de la tramitación de la solicitud y, finalizada la misma sin que se le otorgue la prestación, serán suprimidos en el plazo máximo de un mes desde que se le notifique la resolución de la solicitud. Los datos de los beneficiarios de la prestación se tratarán durante el periodo de disfrute de la prestación y una vez finalizado, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y durante el plazo de prescripción de las mismas.

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es su consentimiento para poder atender tu solicitud de prestación social por hijo con diversidad funcional.

Ud. tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, además de ejercer el derecho de oposición y limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlo por escrito a través de proteccion.datos@mutualidadabogacia.com. En el caso de que no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos puedes presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas que, por motivo de esta solicitud, tenga que comunicar a la FUNDACIÓN deberá, con carácter previo a la comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores y obtener su consentimiento.

Para más información puede consultar el siguiente enlace: <https://www.mutualidadabogacia.com/institucional/fundacion/rqpd-diversidad-funcional/>

En..... a de de.....
(En el caso de no poder cumplimentar esta solicitud el asegurado deberá hacerlo cualquier persona que lo represente).

EL SOLICITANTE

EL REPRESENTANTE LEGAL (firma)

Nombre Apellidos:.....
NIF/NIE.....

ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMA EN TODAS LAS PÁGINAS

Enviar por fax 914 31 99 15 o por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este impreso será remitido a las oficinas de la Mutualidad cumplimentando correctamente todos los apartados cuya información resulta imprescindible para su rápida tramitación.

Asimismo deberá acompañarse la documentación exigida en cada caso y que a continuación se detalla. La falta de algún dato o documento puede producir demoras innecesarias en el reconocimiento de la prestación solicitada o incluso la imposibilidad de su tramitación.

A la vista de la documentación aportada, la Mutualidad podrá requerir cualquier otra documentación que estime pertinente para el examen de la prestación solicitada.

Esta solicitud de prestación debe ir acompañada de la documentación siguiente (márquese la documentación que se presenta):

- Fotocopia del NIF/NIE del solicitante de la prestación social (no necesaria si ya obra en el expediente de mutualista).
- Certificado de residencia expedido por la autoridad fiscal competente del país correspondiente, en el caso que tenga la residencia fiscal fuera de España
- En su caso, certificado expedido por el respectivo Colegio de Abogados en el que se especifique las fechas de alta y baja como colegiado ejerciente.
- Certificado del Instituto Nacional de la Seguridad social en el que se especifique que no percibe prestación similar por hijo con diversidad funcional.
- Certificado de convivencia del hijo/a con diversidad funcional con el mutualista solicitante expedido por el respectivo Ayuntamiento.
- Certificado de minusvalía del hijo/a con diversidad funcional, o en su caso, justificante de haberlo solicitado ante el organismo competente de la Comunidad Autónoma.
- Dictamen Técnico Facultativo expedido por el organismo competente.
- Informes médicos de los facultativos que traten o hayan tratado al hijo/a con diversidad funcional, en los que se hagan constar los siguientes extremos:
 - o Anamnesis con antecedentes médicos.
 - o Evolución de la enfermedad
 - o Tratamientos
 - o Diagnóstico
 - o Situación actual y pronóstico.
- Fotocopia del Libro de Familia.
- En su caso, vida laboral del hijo/a con diversidad funcional.
- En su caso, certificado del centro o institución que acoge al hijo/a con diversidad funcional o donde cursa sus estudios.
- En su caso, certificado de la Institución de la que percibe pensión o subsidio similar en el que se haga constar el importe y concepto
- En su caso, certificado en el que se haga constar que tiene reconocido un grado de minusvalía superior al 75% y necesita ayuda de una tercera persona.