

SOLICITUD DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Expediente número (a rellenar por Unión de Mutuas):

1.- Datos trabajador/a accidentado/a

Apellidos y nombre					DNI-NIE-Pasaporte		
Domicilio (calle, plaza...)			Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Teléfono contacto 1		
Teléfono contacto 2		E-mail					
Fecha nacimiento	Estado civil	Sexo	Empresa				

Datos beneficiario/a (si el beneficiario es el trabajador accidentado/la trabajadora accidentada, no rellenar este apartado):

Apellidos y nombre					DNI-NIE-Pasaporte		
Domicilio (calle, plaza...)			Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Teléfono contacto 1		
Teléfono contacto 2		E-mail					
Fecha nacimiento	Estado civil	Sexo	Parentesco con el accidentado/la accidentada				

2.- Ayuda solicitada

REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN	Costes ingreso en centro socio sanitario o residencial	<input type="checkbox"/>
	Gastos trabajador/a, cuidador/a o acompañante por ingreso en centro hospitalario	<input type="checkbox"/>
	Prótesis y ayudas técnicas no regladas	<input type="checkbox"/>
	Tratamientos médicos o terapias no reglados	<input type="checkbox"/>
REORIENTACIÓN PROFESIONAL Y ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	Cursos formación profesional e inserción socio laboral	<input type="checkbox"/>
	Adaptación local actividad trabajador/a autónomo/a	<input type="checkbox"/>
ADAPTACIÓN MEDIOS ESENCIALES PARA DESARROLLO DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	Eliminación barreras vivienda habitual	<input type="checkbox"/>
	Adquisición vivienda habitual adaptada	<input type="checkbox"/>
	Adaptación de vehículo	<input type="checkbox"/>
	Apoyo domiciliario para desarrollo actividades básicas de la vida diaria	<input type="checkbox"/>
	Acceso a nuevas tecnologías de la información y la comunicación	<input type="checkbox"/>
OTRAS PRESTACIONES	Complemento al auxilio por defunción	<input type="checkbox"/>
	Formación en cuidado de personas en situación de gran invalidez	<input type="checkbox"/>
	Mantenimiento de la posesión o disfrute de vivienda habitual durante el año siguiente al hecho causante	<input type="checkbox"/>

3.- Explicación de la situación de necesidad que motiva la solicitud (en caso de que proceda):

--

4.- Importe solicitado (en su caso):

5.- Datos de la unidad de convivencia:

Nombre y apellidos	Fecha nacimiento	Parentesco/relación

6.- Documentación a presentar:

Básica para todas las ayudas	
Solicitud de prestaciones complementarias firmada	<input type="checkbox"/>
Fotocopia DNI/NIE/pasaporte en vigor	<input type="checkbox"/>
Certificado de titularidad de la cuenta bancaria o copia de la libreta de la cual sea titular el beneficiario/la beneficiaria	<input type="checkbox"/>
Modelo 145 sobre rendimientos del trabajo del beneficiario/la beneficiaria. Comunicación datos pagador/a	<input type="checkbox"/>
Certificado empadronamiento colectivo, que acredite los miembros de la unidad de convivencia del beneficiario/la beneficiaria a la fecha de la solicitud de la ayuda	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del libro de familia. En caso de pareja de hecho, presentar fotocopia de la inscripción en el registro correspondiente	<input type="checkbox"/>
Factura acreditativa de los gastos solicitados o, en caso de solicitar la ayuda con anterioridad al gasto, aportar el correspondiente presupuesto ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de la declaración del IRPF completa del último ejercicio presentado de todos los miembros de la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>
En caso de no estar obligado/a a la presentación de la declaración IRPF, aportar certificado de imputaciones de renta de la Agencia Tributaria de todos los miembros de la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>
En caso de percibir prestaciones exentas del IRPF, aportar certificado del órgano correspondiente de rentas percibidas en el último año cerrado (incapacidad, jubilación, prestación/subsidio de desempleo u otros ingresos cualquiera), de todos los miembros de la unidad de convivencia	<input type="checkbox"/>

(1) En caso de aportar presupuesto, una vez efectuado el pago de la ayuda solicitada, se deberá presentar la factura del mismo en un plazo máximo de 30 días naturales. En caso contrario, dará lugar al reintegro de la cantidad percibida.

Específica según ayuda solicitada ⁽²⁾		
AYUDA ADAPTACIÓN DEL VEHÍCULO	Documentación acreditativa de la Dirección General de Tráfico de aptitud y condiciones restrictivas en el caso de existir.	<input type="checkbox"/>
AUXILIO POR DEFUNCIÓN	Certificado de fallecimiento	<input type="checkbox"/>
AYUDA PARA MANTENIMIENTO DE LA POSESIÓN O DISFRUTE DE LA VIVIENDA HABITUAL	Contrato de arrendamiento de la vivienda habitual	<input type="checkbox"/>
	Escritura de constitución de la hipoteca y certificado del banco del crédito pendiente de la amortización	<input type="checkbox"/>

(2) En el caso de considerarlo oportuno, se requerirá aquella documentación que sea necesaria para una correcta valoración en función de la situación personal concreta.

UNIÓN DE MUTUAS INFORMA

Las ayudas sociales concedidas por la Comisión de Prestaciones Especiales de Unión de Mutuas tendrán la consideración de rendimiento del trabajo, de acuerdo con la Ley 40/1998 del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas.

El/la solicitante declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que consigna en la presente solicitud, manifestando que queda enterado/a de la obligación de comunicar a Unión de Mutuas cualquier variación de los mismos que pueda producirse. Para el caso de haberse consignado en la solicitud persona o entidad colaboradora con la gestión de la Seguridad Social a través y mediante el uso del Sistema Red (gestor, asesor..., con autorización de uso del Sistema Red), el/la solicitante presta su consentimiento para la cesión de los datos consignados y demás que se obtengan en la tramitación del expediente a dicho colaborador. En este sentido, la Mutua será la responsable del tratamiento de los datos personales, y el colaborador, el encargado de tratamiento conforme la actual normativa de protección de datos.

Se designa como dirección de correo electrónico de contacto para cualquier cuestión relativa a su solicitud la siguiente: **prestacionescomplementarias@uniondemutuas.es**.

- Autorizo mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática, a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite.

....., a de de

Consentimiento y firma solicitante

De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es Unión de Mutuas, MCSS n.º 267. La finalidad del tratamiento de sus datos será la de gestionar la asistencia sanitaria y prestación económica, así como realizar cualquier trámite necesario dentro del marco de las atribuciones legalmente encomendadas a esta entidad como mutua colaboradora con la Seguridad Social, además de para ser contactado con la finalidad de recabar su opinión únicamente sobre la calidad del servicio, en la asistencia sanitaria y prestación económica, que Unión de Mutuas le preste. Unión de Mutuas garantiza el secreto profesional de quienes intervienen en el tratamiento de sus datos, así como el respeto a la intimidad personal y familiar de los interesados, entendida como un derecho fundamental de los mismos. Le informamos de que tiene usted derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar u oponerse al tratamiento de sus datos así como a la portabilidad de los mismos en los términos legalmente establecidos, mediante escrito dirigido a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS N.º 267, presentándolo en cualquiera de sus delegaciones. A través del siguiente enlace web <https://www.uniondemutuas.es/politicaprotecciondatospersonales/> le proporcionamos información adicional sobre el tratamiento de sus datos de carácter personal.