

**Nº Proceso:**  
**DT:**  
(A rellenar por **umivale Activa**)

## SOLICITUD DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DE ASISTENCIA SOCIAL

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI/NIE/Pasaporte			
En calidad de						
<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Familiar <sup>(1)</sup> _____ <input type="checkbox"/> Otros <sup>(2)</sup> _____						
Domicilio (calle o plaza)		Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta
Localidad		Código Postal		Provincia		
Teléfono			Teléfono móvil			
Dirección de correo electrónico para la comunicación de la gestión de esta solicitud						

### 2. DATOS DEL TRABAJADOR/A <sup>(3)</sup>

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI
--------	-----------------	------------------	-----

### 3. DATOS DEL BENEFICIARIO <sup>(4)</sup> (persona que podría beneficiarse de la ayuda)

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI/NIE/Pasaporte			
En calidad de						
<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Familiar <sup>(1)</sup> _____						
Domicilio (calle o plaza)		Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta
Localidad		Código Postal		Provincia		
Teléfono			Teléfono móvil			
Dirección de correo electrónico para la comunicación de la gestión de esta solicitud						
Parentesco, en su caso, con el trabajador mutualista/paciente						

(1) Indicar relación de parentesco con el trabajador mutualista.

(2) Indicar si es tutor, representante legal ...

(3) Si el solicitante es el trabajador, no rellenar este apartado.

(4) Si el beneficiario es el solicitante, no rellenar este apartado.



- Mediante la presente **AUTORIZO** a **umivale Activa**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3, para la comprobación de los datos contenidos en esta declaración con otras administraciones públicas o entidades institucionales, así como a la cesión de los datos de carácter personal a las personas o entidades encargadas de gestionar y/o ejecutar la presente solicitud, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante

**Nota:**

- Las ayudas que concede la Comisión de Prestaciones Especiales, tienen carácter graciable, por lo que **no cabe recurso en vía alguna**, contra las decisiones de la misma.
- Además, dichas ayudas tendrán la consideración de **rendimiento del trabajo**, en base a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

**Información sobre protección de datos personales**

**Responsable:** **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** [dpd@umivaleactiva.es](mailto:dpd@umivaleactiva.es). **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS), Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: [dpd@umivaleactiva.es](mailto:dpd@umivaleactiva.es). **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Básica para todas las ayudas
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia DNI solicitante.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia DNI trabajador, en caso de ser distinto al solicitante.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia DNI beneficiario, en caso de ser distinto al solicitante.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia del libro de familia.</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de titularidad bancaria.</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento <b>colectivo</b>, que acredite los miembros de la unidad de convivencia del trabajador mutualista a la fecha de la solicitud de la ayuda, salvo en los casos de ayuda para el complemento al auxilio por defunción.</li> <li><input type="checkbox"/> 12 últimas nóminas del trabajador anteriores al mes en el que se produce el Accidente de trabajo (AT) o Enfermedad Profesional (EP), del mes del AT/EP y del mes posterior, salvo en los casos de ayuda para el complemento al auxilio por defunción.</li> <li><input type="checkbox"/> Presupuesto, factura o documentación que acredite la ayuda solicitada.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Modelo 145</b>. Retenciones sobre rendimientos del trabajo de la persona beneficiaria de la ayuda.</li> </ul>
Específica (según ayuda solicitada)
Adaptación del local donde el trabajador autónomo desarrolla su actividad
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Escritura de propiedad o de hipoteca del local donde se desarrolla la actividad, en su caso.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de que el local donde se desarrolla la actividad se encuentre en régimen de alquiler presentar contrato de arrendamiento y autorización del propietario a la adaptación a realizar.</li> </ul>
Ayuda para la eliminación de barreras en la vivienda habitual
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Escritura de propiedad o de hipoteca de la propiedad donde se solicita la adaptación.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de ser un arrendamiento, presentar autorización del propietario para realizar la adaptación o el conforme de la misma.</li> </ul>
Ayuda para la adquisición de vivienda habitual adaptada
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Escritura de propiedad o de hipoteca de la propiedad donde se solicita la adaptación.</li> </ul>
Ayuda para la adaptación de vehículo o la adquisición de vehículo adaptado
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acta de reconocimiento de la Dirección General de Tráfico con la adaptación a realizar en el vehículo.</li> <li><input type="checkbox"/> Permiso de circulación del vehículo.</li> </ul>
Ayuda de pago único para el pago del alquiler o amortización de créditos hipotecarios
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento de la vivienda habitual, en caso de solicitar ayuda de alquiler.</li> <li><input type="checkbox"/> Escritura de constitución de la hipoteca.</li> <li><input type="checkbox"/> Recibos acreditativos del pago de la hipoteca o alquiler desde la fecha de baja y como máximo hasta los 12 meses siguientes, mientras continúe el proceso de incapacidad.</li> </ul>

Nota: **umivale Activa** podrá solicitar cualquier documentación adicional necesaria para la gestión de la ayuda solicitada.