



SECRETARÍA DE ESTADO PARA  
LA FUNCIÓN PÚBLICA

**muface**

|                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE</b> | <b>REGISTRO DE PRESENTACIÓN</b>      |
| SERVICIO PROVINCIAL                  |                                      |
| OFICINA DELEGADA                     |                                      |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE                | <b>REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE</b> |

## SOLICITUD DE AYUDAS ECONÓMICAS EN LOS CASOS DE PARTO MÚLTIPLE

|   |                                   |                 |   |           |           |
|---|-----------------------------------|-----------------|---|-----------|-----------|
| <b>1</b>  | <b>MUTUALISTA BENEFICIARIA/O</b>  |                 |   |           |           |
|   | Número de afiliación              | Primer apellido | Segundo apellido                          | Nombre    |           |
|   | Domicilio: calle o plaza y número |                 | Código Postal                             | Localidad | Provincia |
|   | Pais                              |                 | NIF / Pasaporte /D. Identificación (U.E.) |           | Teléfono  |
| Grupo del Cuerpo, Escala o Plaza al que pertenece o perteneció (Art.76, Ley 7/2007 y Disposición Transitoria Tercera) |                                   |                 |   |           |           |

|          |  |                    |   |
|----------|--|--------------------|---|
| <b>2</b> | <b>DATOS DEL OTRO PROGENITOR, ADOPTANTE O ACOGEDOR</b> |                    |   |
|          | Número de afiliación (Si es mutualista de MUFACE)      | Apellidos y nombre | NIF / Pasaporte /D. Identificación (U.E.) |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>3</b>  | <b>HECHO CAUSANTE</b>  | <i>(Marque con "X" las cuadrículas que correspondan y rellene el espacio referido al número de hijos habidos o menores adoptados o acogidos, así como la fecha que corresponda)</i> |
|   | <input type="checkbox"/> <b>3.1 PARTO MÚLTIPLE DE ____ HIJOS</b> | Fecha del parto ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> <b>3.2 ADOPCIÓN MÚLTIPLE DE ____ HIJOS, MENORES DE 7 AÑOS DE EDAD</b>                            |  | Fecha de la resolución judicial por la que se constituye la adopción o de la decisión administrativa o judicial de acogimiento<br><br>____/____/____                                |
| <input type="checkbox"/> <b>3.3 ADOPCIÓN MÚLTIPLE DE ____ HIJOS, MENORES DE EDAD PERO CON 7 AÑOS O MÁS</b>                |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>3.4 ACOGIMIENTO, PREADOPTIVO O PERMANENTE, DE ____ MENORES DE 7 AÑOS DE EDAD</b>              |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>3.5 ACOGIMIENTO, PREADOPTIVO O PERMANENTE, DE ____ MENORES DE EDAD, PERO CON 7 AÑOS O MÁS</b> |  |   |

|   |   |                   |
|---|---|-------------------|
| <b>4</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN</b>  |                   |
|   | <i>Acompañe, en todo caso y para cualquiera de los dos tipos de ayuda económica, los documentos premarcados con "X" y señale con "X" aquellos otros que usted deba aportar en función del supuesto de que se trate.</i>   |                   |
|   | <b>HECHO CAUSANTE</b>   | <b>DOCUMENTOS</b> |
| <b>PARTO MÚLTIPLE</b>                               | <input checked="" type="checkbox"/> Fotocopias de las hojas del Libro de Familia acreditativas de la maternidad y del nacimiento en el mismo parto de dos o más hijos o Certificación del Registro Civil acreditativa de tales extremos.<br><input type="checkbox"/> Fotocopia de la hoja del Libro de Familia acreditativa del fallecimiento de la madre o Certificación del Registro civil acreditativa de tal hecho.<br><input type="checkbox"/> Otros .....   |                   |
| <b>ADOPCIÓN<br/>O<br/>ACOGIMIENTO<br/>MÚLTIPLES</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento, tanto preadoptivo como permanente, de dos o más menores.<br><input type="checkbox"/> Certificado de calificación de minusvalía, expedido por el IMSERSO u Órgano competente en cada Comunidad Autónoma.<br><input type="checkbox"/> Certificado, de la Entidad Pública competente en materia de protección de menores, acreditativo de las especiales dificultades de inserción social y familiar.<br><input type="checkbox"/> Otros ..... |                   |

|          |   |           |       |                        |
|----------|---|-----------|-------|------------------------|
| <b>5</b> | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b> |           |       |                        |
|          | Entidad bancaria:                           | Sucursal: | D.C.: | Número cuenta/libreta: |

6

## BENEFICIARIOS Y DECLARACIONES

## 6.1 – SUBSIDIO ESPECIAL POR MATERNIDAD EN CASO DE PARTO MÚLTIPLE (Marque con “X” donde corresponda)

| SOLICITANTE BENEFICIARIA/O   | HECHO CAUSANTE                            | DECLARACIÓN RESPONSABLE  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> LA MADRE  | PARTO MÚLTIPLE                            |  |  |
| <input type="checkbox"/> EL PADRE  | PARTO MÚLTIPLE                            | <input type="checkbox"/> 6.1.1 – Teniendo derecho ambos progenitores, la madre opta por que sea beneficiario el padre.   | La madre,  |
| <input type="checkbox"/> EL PADRE  | PARTO MÚLTIPLE                            | <input type="checkbox"/> 6.1.2 – La madre no tiene derecho al subsidio a través de algún Régimen público de Seguridad Social<br><br><input type="checkbox"/> 6.1.3 – La madre ha fallecido sin haber solicitado el subsidio y no se va a solicitar en su nombre.   | Suscribo expresamente la declaración correspondiente al/a apartado/s _____, _____ (indique la numeración)<br><br>El padre,                         |
| <input type="checkbox"/> LA MADRE<br>O<br><input type="checkbox"/> EL PADRE<br>(adoptantes o acogedores) | ADOPCIÓN<br>O<br>ACOGIMIENTO<br>MÚLTIPLES | <input type="checkbox"/> 6.1.4 – El adoptante o acogedor no solicitante no tiene derecho al subsidio a través de algún Régimen público de Seguridad Social.<br><br><input type="checkbox"/> 6.1.5 - El adoptante o acogedor no solicitante tiene derecho al subsidio a través de éste u otro Régimen público de Seguridad Social, pero se compromete a no ejercerlo. | Suscribimos expresamente la/las declaración/es correspondientes al/los apartado/s _____, _____ (indique la numeración)<br><br>La madre y el padre, |

## 6.2 – PRESTACIÓN ECONÓMICA DE PAGO ÚNICO, POR PARTO MÚLTIPLE (Marque con “X” donde corresponda)

| SOLICITANTE BENEFICIARIA/O   | HECHO CAUSANTE  | DECLARACIÓN RESPONSABLE  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> LA MADRE<br>O<br><input type="checkbox"/> EL PADRE<br>(progenitores o adoptantes) | <input type="checkbox"/> PARTO MÚLTIPLE<br><br><input type="checkbox"/> ADOPCIÓN MÚLTIPLE | <input type="checkbox"/> 6.2.1 – El progenitor o adoptante no solicitante no tiene derecho a la prestación a través de algún Régimen de Seguridad Social.<br><br><input type="checkbox"/> 6.2.2 - El progenitor o adoptante no solicitante tiene derecho a la prestación a través de éste u otro Régimen de Seguridad Social, pero se compromete a no ejercerlo. | Suscribimos expresamente la/las declaración/es correspondiente/s al/los apartado/s _____, _____ (indique la numeración)<br><br>La madre y el padre, |

7

## DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con “X” las opciones elegidas )

A los efectos de notificación, el interesado señala como **medio preferente** :
 N.º de fax   Servicio Postal  Otros (indíquese) .....

y como segundo lugar de notificación (cumpliméntese sólo en el caso de que desee que la notificación se practique en lugar distinto al señalado en el apartado 1 relativo a los datos de la/del mutualista beneficiaria/o):

 Domicilio particular  Domicilio laboral  Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza y número)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono

**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.

## DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

1. No he formulado solicitud ni recibido ayuda económica por los mismos conceptos y hechos causantes de otro Régimen público de Seguridad Social.
2. Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.

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

## DILIGENCIA

Se cumplimentará por la Unidad de Colectivos, consignando "X" en las cuadrículas que proceda.

### 1.- Subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple.

Se han comprobado los datos del mutualista al que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante reunía las condiciones de afiliación y cotización precisas para el subsidio.  NO /  SI

El grupo funcional consignado en la solicitud  NO /  SI es coincidente con el Cuerpo, Escala o Plaza del mutualista en el momento del hecho causante. En caso negativo, el grupo correcto a efectos del subsidio es el \_\_\_\_\_.

### 2.- Prestación económica de pago único, por parto múltiple.

Se han comprobado los datos del mutualista al que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación.

, a de de  
EL / LA JEFE/A DE COLECTIVOS

## CUANTÍA DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS EN LOS CASOS DE PARTO MÚLTIPLE

### 1.- Subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple.

Haber regulador en la fecha del hecho causante

Euros

X 42

Número de hijos menos 1

X

=

**(A) Cuantía del Subsidio**

Euros

365

### 2.- Prestación económica de pago único, por parto múltiple.

Nº veces importe mensual S.M.I. (según tabla)

X

Importe mensual S.M.I. en fecha del hecho causante

Euros

=

**(B) Cuantía de la prestación**

Euros

**CUANTÍA TOTAL (A) + (B)**

Euros

EJEMPLAR PARA MUFACE

## PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente Resolución:

Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

LA APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, con el desglose y por los importes que a continuación se indican:

Subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple: ..... Euros

Prestación económica de pago único, por parto múltiple: ..... Euros

**TOTAL** ..... Euros

LA DENEGACIÓN DEL/DE LA  Subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple.

Prestación económica de pago único, por parto múltiple

por:

a de de  
EL / LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

CONFORME  
Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites

## INFORMACIÓN GENERAL

### A.- INTRODUCCIÓN.

La ocurrencia de un parto múltiple puede dar lugar a dos tipos de ayudas económicas que, siempre que se cumplan los requisitos en ambas, son compatibles entre sí. Tales ayudas son:

- Subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple.
- Prestación económica de pago único, por parto múltiple.

### B.- HECHOS Y SUJETOS CAUSANTES

En ambas ayudas, lo constituye el nacimiento de dos o más hijos en un mismo parto, considerándose equivalente la adopción simultánea de dos o más menores. El acogimiento simultáneo de dos o más menores, ya tenga carácter preadoptivo como permanente, sólo se considera equivalente a efectos del subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple.

Para que la adopción o el acogimiento, en los casos en que sea aplicable éste último, den derecho a las ayudas, los menores adoptados o acogidos deberán encontrarse en una de las siguientes circunstancias:

**B.1)** Ser menores de 7 años de edad.

**B.2)** Tener 7 o más años de edad, pero:

**B.2.a)** Ser discapacitado o minusválido o

**B.2.b)** Tener especiales dificultades de inserción social y familiar, debidamente acreditadas por la Entidad Pública competente en materia de protección de menores, derivadas de sus circunstancias y experiencias personales o del hecho de provenir del extranjero.

### C.- BENEFICIARIOS

#### C.1) Subsidio especial por maternidad en caso de parto múltiple.

En caso de parto, pueden ser beneficiarios el padre o la madre, de acuerdo con la opción escogida por la madre, siempre que ambos progenitores sean mutualistas, estén en situación de alta o asimilada al alta en MUFACE, cualquiera que sea la situación administrativa en que se encuentren, siempre que tengan cubierto un período mínimo de cotización a MUFACE de 180 días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al parto o a la fecha de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

En los casos de adopción o acogimiento múltiples el beneficiario del subsidio será decidido libremente por ambos adoptantes o acogedores, siempre que ambos fueran mutualistas y tuvieran derecho a tal subsidio.

El padre, adoptante o acogedor, siempre que cumpla los requisitos de afiliación y alta, podrá tener también derecho al subsidio sólo en los casos siguientes:

**C.1 .a)** Cuando la madre, adoptante o acogedora, no tuviera derecho al subsidio a través de algún Régimen público de Seguridad Social.

**C.1 .b)** Cuando se haya producido el fallecimiento de la madre, adoptante o acogedora, antes de que ella hubiera solicitado el subsidio o hubiera manifestado su opción a favor del padre, adoptante o acogedor. En este supuesto, el padre, adoptante o acogedor, deberá comprometerse a no ejercer tal derecho en nombre de la fallecida.

#### C.2) Prestación económica de pago único, por parto múltiple.

Pueden ser la madre o el padre, siempre que sean mutualistas de MUFACE, sin exigirse período de carencia.

Si ambos tuvieran derecho a la prestación a través de algún Régimen de Seguridad Social, deberán optar expresamente en favor del que solicite la prestación a MUFACE.

### D.- CUANTÍA DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS EN LOS CASOS DE PARTO MÚLTIPLE

Se determinará según el esquema que figura en el recuadro correspondiente de la 3ª página de este impreso. Dicho recuadro será rellenado por la unidad periférica de MUFACE.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS APARTADOS CUYO NÚMERO Y DENOMINACIÓN SE INDICA

### 4.- DOCUMENTACIÓN.

- El documento justificativo del fallecimiento de la madre se deberá aportar si se hubiera producido tal hecho y fuese el padre el que, siendo mutualista y cumpliendo los requisitos para ser beneficiario, presentase la solicitud en su propio nombre [Caso **C.1.b)** de la "Información General"].
- El certificado de calificación de minusvalía se deberá aportar si los hijos menores adoptados o acogidos (en su caso) se encuentran en el supuesto **B.2.a)** de la "Información General".
- El certificado de la Entidad Pública competente en materia de protección de menores, acreditativo de las especiales dificultades de inserción social y familiar, se tendrá que aportar sólo si los menores adoptados o acogidos (en su caso) se encuentran en el supuesto **B.2.b)** de la "Información General".

### 6.- BENEFICIARIOS Y DECLARACIONES.

- En primer lugar, marque con "X", para cada tipo de ayuda que solicite, el recuadro correspondiente de la columna "SOLICITANTE-BENEFICIARIA/O", a continuación y si procede, el de la columna "HECHO CAUSANTE" y, seguidamente, si así mismo procede, los del texto de la declaración o declaraciones que sea necesario suscribir.
- En la columna de la derecha, **transcriba, si procede la numeración de la declaración o declaraciones** que deba suscribir y **firme**, junto con el otro progenitor (adoptante o acogedor, en su caso), si así se especifica.
- Todas las declaraciones a efectuar podrán ser suscritas por el representante del solicitante y, en su caso, del otro progenitor, adoptante o acogedor, siempre que estén debidamente acreditados, de acuerdo con lo que dispone el artº 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27), de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

### 7.- DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN.

Si lo desea puede indicar el medio o medios preferentes por los que solicita se le practique la notificación, así como un domicilio alternativo a efectos de notificaciones.

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

## SOLICITUD DE AYUDAS ECONÓMICAS EN LOS CASOS DE PARTO MÚLTIPLE

|          |   |   |                  |           |           |
|----------|---|---|------------------|-----------|-----------|
| <b>1</b> | <b>MUTUALISTA BENEFICIARIA/O</b>  |   |                  |           |           |
|          | Número de afiliación  | Primer apellido                           | Segundo apellido | Nombre    |           |
|          | Domicilio: calle o plaza y número   |   | Código Postal    | Localidad | Provincia |
|          | Pais  | NIF / Pasaporte /D. Identificación (U.E.) |                  | Teléfono  |           |
|          | Grupo del Cuerpo, Escala o Plaza al que pertenece o perteneció (Art.76, Ley 7/2007 y Disposición Transitoria Tercera) |   |                  |           |           |

|          |  |                    |   |
|----------|--|--------------------|---|
| <b>2</b> | <b>DATOS DEL OTRO PROGENITOR, ADOPTANTE O ACOGEDOR</b> |                    |   |
|          | Número de afiliación (Si es mutualista de MUFACE)      | Apellidos y nombre | NIF / Pasaporte /D. Identificación (U.E.) |

|          |   |   |
|----------|---|---|
| <b>3</b> | <b>HECHO CAUSANTE</b> <i>(Marque con "X" las cuadrículas que correspondan y rellene el espacio referido al número de hijos habidos o menores adoptados o acogidos, así como la fecha que corresponda)</i>   |   |
|          | <input type="checkbox"/> <b>3.1 PARTO MÚLTIPLE DE ____ HIJOS</b><br><input type="checkbox"/> <b>3.2 ADOPCIÓN MÚLTIPLE DE ____ HIJOS, MENORES DE 7 AÑOS DE EDAD</b><br><input type="checkbox"/> <b>3.3 ADOPCIÓN MÚLTIPLE DE ____ HIJOS, MENORES DE EDAD PERO CON 7 AÑOS O MÁS</b><br><input type="checkbox"/> <b>3.4 ACOGIMIENTO, PREADOPTIVO O PERMANENTE, DE ____ MENORES DE 7 AÑOS DE EDAD</b><br><input type="checkbox"/> <b>3.5 ACOGIMIENTO, PREADOPTIVO O PERMANENTE, DE ____ MENORES DE EDAD, PERO CON 7 AÑOS O MÁS</b> | Fecha del parto ____/____/_____<br><br>Fecha de la resolución judicial por la que se constituye la adopción o de la decisión administrativa o judicial de acogimiento<br><br>____/____/_____<br><br>_____ |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>4</b>  | <b>DOCUMENTACIÓN</b>  |   |
|   | <i>Acompañe, en todo caso y para cualquiera de los dos tipos de ayuda económica, los documentos premarcados con "X" y señale con "X" aquellos otros que usted deba aportar en función del supuesto de que se trate.</i>   |   |
|   | <b>HECHO CAUSANTE</b>   | <b>DOCUMENTOS</b>   |
|   | <b>PARTO MÚLTIPLE</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Fotocopias de las hojas del Libro de Familia acreditativas de la maternidad y del nacimiento en el mismo parto de dos o más hijos o Certificación del Registro Civil acreditativa de tales extremos.<br><input type="checkbox"/> Fotocopia de la hoja del Libro de Familia acreditativa del fallecimiento de la madre o Certificación del Registro civil acreditativa de tal hecho.<br><input type="checkbox"/> Otros ..... |
| <b>ADOPCIÓN<br/>O<br/>ACOGIMIENTO<br/>MÚLTIPLES</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento, tanto preadoptivo como permanente, de dos o más menores.<br><input type="checkbox"/> Certificado de calificación de minusvalía, expedido por el IMSERSO u Órgano competente en cada Comunidad Autónoma.<br><input type="checkbox"/> Certificado, de la Entidad Pública competente en materia de protección de menores, acreditativo de las especiales dificultades de inserción social y familiar.<br><input type="checkbox"/> Otros ..... |   |

|          |   |           |       |                        |
|----------|---|-----------|-------|------------------------|
| <b>5</b> | <b>DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA</b> |           |       |                        |
|          | Entidad bancaria:                           | Sucursal: | D.C.: | Número cuenta/libreta: |

6

## BENEFICIARIOS Y DECLARACIONES

## 6.1 – SUBSIDIO ESPECIAL POR MATERNIDAD EN CASO DE PARTO MÚLTIPLE (Marque con “X” donde corresponda)

| SOLICITANTE BENEFICIARIA/O   | HECHO CAUSANTE                            | DECLARACIÓN RESPONSABLE  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> LA MADRE  | PARTO MÚLTIPLE                            |  |  |
| <input type="checkbox"/> EL PADRE  | PARTO MÚLTIPLE                            | <input type="checkbox"/> 6.1.1 – Teniendo derecho ambos progenitores, la madre opta por que sea beneficiario el padre.   | La madre,  |
| <input type="checkbox"/> EL PADRE  | PARTO MÚLTIPLE                            | <input type="checkbox"/> 6.1.2 – La madre no tiene derecho al subsidio a través de algún Régimen público de Seguridad Social<br><input type="checkbox"/> 6.1.3 – La madre ha fallecido sin haber solicitado el subsidio y no se va a solicitar en su nombre.   | Suscribo expresamente la declaración correspondiente al/a apartado/s _____, _____ (indique la numeración)<br><br>El padre,                         |
| <input type="checkbox"/> LA MADRE<br>O<br><input type="checkbox"/> EL PADRE<br>(adoptantes o acogedores) | ADOPCIÓN<br>O<br>ACOGIMIENTO<br>MÚLTIPLES | <input type="checkbox"/> 6.1.4 – El adoptante o acogedor no solicitante no tiene derecho al subsidio a través de algún Régimen público de Seguridad Social.<br><input type="checkbox"/> 6.1.5 - El adoptante o acogedor no solicitante tiene derecho al subsidio a través de éste u otro Régimen público de Seguridad Social, pero se compromete a no ejercerlo. | Suscribimos expresamente la/las declaración/es correspondientes al/los apartado/s _____, _____ (indique la numeración)<br><br>La madre y el padre, |

## 6.2 – PRESTACIÓN ECONÓMICA DE PAGO ÚNICO, POR PARTO MÚLTIPLE (Marque con “X” donde corresponda)

| SOLICITANTE BENEFICIARIA/O   | HECHO CAUSANTE  | DECLARACIÓN RESPONSABLE  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> LA MADRE<br>O<br><input type="checkbox"/> EL PADRE<br>(progenitores o adoptantes) | <input type="checkbox"/> PARTO MÚLTIPLE<br><br><input type="checkbox"/> ADOPCIÓN MÚLTIPLE | <input type="checkbox"/> 6.2.1 – El progenitor o adoptante no solicitante no tiene derecho a la prestación a través de algún Régimen de Seguridad Social.<br><input type="checkbox"/> 6.2.2 - El progenitor o adoptante no solicitante tiene derecho a la prestación a través de éste u otro Régimen de Seguridad Social, pero se compromete a no ejercerlo. | Suscribimos expresamente la/las declaración/es correspondiente/s al/los apartado/s _____, _____ (indique la numeración)<br><br>La madre y el padre, |

7

## DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con “X” las opciones elegidas )

A los efectos de notificación, el interesado señala como **medio preferente** :
 N.º de fax   Servicio Postal  Otros (indíquese) .....

y como segundo lugar de notificación (cumpliméntese sólo en el caso de que desee que la notificación se practique en lugar distinto al señalado en el apartado 1 relativo a los datos de la/del mutualista beneficiaria/o):

 Domicilio particular  Domicilio laboral  Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza y número)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono

**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.

## DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

- No he formulado solicitud ni recibido ayuda económica por los mismos conceptos y hechos causantes de otro Régimen público de Seguridad Social.
- Todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos.

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