

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

## SOLICITUD DE PRESTACIONES ESPECIALES

### 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 MUTUALISTA/PACIENTE <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> _____		<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							
Parentesco, en su caso, con el trabajador mutualista/paciente							

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

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

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

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

#### 4. AYUDA SOLICITADA (marcar con una x)

<b>Para el accidentado/enfermo</b>
<input type="checkbox"/> Ingreso en Instituciones de asistencia social. <input type="checkbox"/> Servicio de vigilancia hospitalaria. <input type="checkbox"/> Eliminación de barreras arquitectónicas, excluyendo espacios públicos. <input type="checkbox"/> Prestaciones ortoprotésicas y otras ayudas no regladas: sillas de ruedas, prótesis especiales, audífonos, gafas, prótesis dental...) <input type="checkbox"/> Reinserción socio-laboral. <input type="checkbox"/> Tratamientos médicos no reglados: yoga, acupuntura, natación... <input type="checkbox"/> Ayuda económica para sufragar gastos de alquiler/hipoteca de domicilio habitual y permanente. <input type="checkbox"/> Complemento hasta SMI para pensionistas con Incapacidad en los grados de Total, Absoluta y Gran Invalidez.
<b>Para familiares</b>
<input type="checkbox"/> Ayudas psicológicas a familiares en caso de estrés postraumático del accidente. <input type="checkbox"/> Ayudas para gastos de desplazamientos, comidas y estancias de familiares. <input type="checkbox"/> Ayudas económicas para menores a cargo < 3 años o hijos nacidos de forma póstuma. <input type="checkbox"/> Ayudas económicas para estudios de personas a cargo. <input type="checkbox"/> Ayudas para gastos de sepelio.
<b>Para ambos</b>
<input type="checkbox"/> Apoyo a las actividades básicas de la vida diaria. Apoyo en auxiliares del hogar, comida a domicilio o aseo personal, que permitan la adaptación del trabajador a su nuevo entorno. <input type="checkbox"/> Servicio de asistencia para la autonomía personal.
<b>En su caso, descripción de la ayuda:</b>
<hr/> <hr/>

#### 5. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

<b>Fecha del accidente</b>	<b>¿Fue accidente de tráfico?</b>
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Puesto de trabajo</b>	
<hr/>	

#### 6. SITUACIÓN DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellidos	Edad	Parentesco/Relación

#### 7. AYUDAS DE OTROS ORGANISMOS

<b>¿Ha solicitado otras ayudas/indemnizaciones con la misma finalidad?</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En caso afirmativo</b>
<b>1. Empresa, compañía aseguradora u organismo público o privado responsable del pago.</b> <hr/>
<b>2. Situación de su solicitud</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Pendiente de concesión</b> ➔ Fecha de solicitud: _____</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Denegada</b> ➔ Fecha de denegación: _____</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Concedida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Fecha de concesión: _____</li> <li>➔ Importe concedido: _____</li> <li>➔ Ayuda concedida (especificar ayuda): _____</li> </ul> </li> </ul>

## 8. DATOS ECONÓMICOS (Datos Cuenta Corriente, a efectos de transferir el importe de la ayuda que se conceda)

<b>Titular (deberá ser la persona que se vaya a beneficiar de la ayuda)</b>												
<b>Código IBAN (pagos en territorio nacional)</b>												
CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.	Nº CUENTA				
<b>Código SEPA (pagos en territorio internacional)</b>												

- Mediante la presente **AUTORIZO** a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, 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** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15. Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Contacto Delegado de Protección de Datos: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es).
- Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale** en su condición de Mutua Colaboradora de 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. Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros. Remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: [dpd@umivale.es](mailto:dpd@umivale.es).
- Información adicional:** Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.

## 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"/> 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 ayudas.</li> </ul> <p>Acreditación de ingresos y gastos de la <b>unidad de convivencia</b> del beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia del IRPF <u>completo</u> (Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas) del último ejercicio presentado de todos los miembros de la unidad familiar, mayores de 16 años.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de no estar obligado a su presentación, certificado de imputaciones de rentas de la Agencia Tributaria.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de percibir prestación exentas de tributación a IRPF (Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Absoluta,...) certificado del órgano correspondiente anual de rentas percibidas del último ejercicio cerrado.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de separación/divorcio, sentencia o auto, que incluya el convenio regulador y que exprese la firmeza de la resolución.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de abonar pensión por manutención de hijos a cargo, presentar copia del convenio regulador junto con el recibo acreditativo del pago de la mensualidad.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de tener pagos por hipoteca, fotocopia del último recibo bancario abonado.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de tener pagos por alquiler, fotocopia del último recibo bancario.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presupuesto de la ayuda que solicita, en su caso.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de solicitar reembolso de una ayuda, justificante de la factura abonada.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Modelo 145</b>. Retenciones sobre rendimientos del trabajo de la persona beneficiaria de la ayuda. Comunicación de datos al pagador.</li> </ul>
Específica (según ayuda solicitada)
<p>Eliminación de barreras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Si solicita adaptación de vehículo, acta de reconocimiento de tráfico con la adaptación a realizar en el vehículo.</li> <li><input type="checkbox"/> Si solicita adaptación de vivienda, copia de la escritura del inmueble en la que figure el beneficiario de la ayuda como titular del mismo.</li> </ul>
<p>Prestaciones ortoprotésicas y otras ayudas no regladas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Certificado de minusvalía, igual o superior al 33%, en su caso.</li> </ul>
<p>Ayuda Reinserción socio-laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Certificado de matrícula del curso en el que se solicite la ayuda y justificante de pago de la misma.</li> </ul>
<p>Ayuda económica alquiler/hipoteca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Declaración</b> sobre otras viviendas en propiedad o en alquiler, en su caso.</li> <li><input type="checkbox"/> Recibos domiciliados o ingreso bancario de los últimos cuatro meses, anteriores a la Comisión en la que se vaya a solicitar la ayuda.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de solicitar ayuda de alquiler, fotocopia del contrato de arrendamiento.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de no presentar IRPF, certificación catastral de los bienes inmuebles de los que sea titular el trabajador mutualista.</li> </ul>
<p>Complemento hasta SMI para pensionistas con Incapacidad en los grados de Total, Absoluta y Gran Invalidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Declaración</b> de otros ingresos.</li> <li><input type="checkbox"/> Extractos bancarios de las cuentas bancarias en las que conste como titular, del periodo del que solicita la ayuda.</li> </ul>
<p>Ayuda psicológica familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia del libro de familia donde se acredite la relación de parentesco entre el beneficiario y el trabajador. En caso de parejas de hecho sin hijos, deberá presentar fotocopia del certificado de inscripción en el registro correspondiente.</li> </ul>
<p>Ayuda económica para menores a cargo de 3 años o hijos nacidos de forma póstuma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia del libro de familia donde se acredite la relación de parentesco entre el beneficiario y el trabajador.</li> </ul>

Ayuda económica para estudios:

- Fotocopia del libro de familia donde se acredite la relación de parentesco entre el beneficiario y el trabajador.
- Certificado de matrícula del curso en el que se vaya a conceder la ayuda, en caso de no ser enseñanza obligatoria.
- Certificado de haber superado el curso anterior.

Desplazamientos y estancias de familiares:

- Fotocopia del libro de familia donde se acredite la relación de parentesco entre el beneficiario y el trabajador. En caso de parejas de hecho sin hijos, deberá presentar fotocopia del certificado de inscripción en el registro correspondiente.
- Factura y/o justificante del alojamiento, en su caso.

Apoyo a las actividades básicas de la vida diaria. Si la ayuda es prestada por un familiar:

- Deberá acreditar que normalmente trabaja y que ha solicitado una excedencia, que ha abandonado su trabajo o ha prolongado el periodo de inactividad para el cuidado del paciente.
- Fotocopia del libro de familia donde se acredite la relación de parentesco entre el beneficiario y el trabajador. En caso de parejas de hecho sin hijos, deberá presentar fotocopia del certificado de inscripción en el registro correspondiente.

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