



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

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO MINUSVÁLIDO

|   |  |                  |  |   |          |
|---|--|------------------|--|---|----------|
| <b>1</b>  | <b>DATOS DEL SOLICITANTE PERCEPTOR</b> |                  |  |   |          |
|   | Primer apellido                        | Segundo apellido | Nombre                                 | Número de afiliación                        |          |
|   | NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.) |                  | Relación con el causante               | Domicilio: calle o plaza y número           |          |
|   | Código postal                          | Localidad        | Provincia                              | País  | Teléfono |
| <b>DATOS DE LA OTRA PERSONA QUE ES TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD O TUTELA</b> |  |                  |  |   |          |
| Apellidos   |  | Nombre           | NIF/Pasaporte/D. Identificación (U.E.) | Nº afiliación a la Seg. Social (en su caso) |          |

|          |   |                  |        |                      |                           |
|----------|---|------------------|--------|----------------------|---------------------------|
| <b>2</b> | <b>DATOS DEL MINUSVÁLIDO CAUSANTE</b> <i>(marque con "X" las cuadrículas correspondientes)</i>  |                  |        |                      |                           |
|          | Primer apellido   | Segundo apellido | Nombre | Fecha nacimiento     | NIF/Pasaporte/D.I. (U.E.) |
|          | <p>1 <input type="checkbox"/> Es hijo de <input type="radio"/> el solicitante, que es <input type="checkbox"/> <b>3</b> <input type="checkbox"/> mutualista de MUFACE,</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Es menor acogido por <input type="radio"/> encontrándose <input type="checkbox"/> <b>5</b> <input type="checkbox"/> incluido <input type="checkbox"/> <b>6</b> <input type="checkbox"/> no incluido en su documento de beneficiarios.</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Es titular de documento asimilado al de afiliación, al ser hijo o huérfano de mutualista y encontrarse en alguna de las siguientes circunstancias: convivir con progenitor que no sea mutualista, estar abandonado o hallarse en situación de doble orfandad. A estos efectos se debe considerar que:</p> <p>8 <input type="checkbox"/> está incapacitado, siendo el solicitante su representante legal o, en su defecto, la persona que le tiene a su cargo.</p> <p>9 <input type="checkbox"/> no está incapacitado, siendo él mismo el solicitante.</p> <p>10 <input type="checkbox"/> No ejerce actividad laboral lucrativa por cuenta propia ni ajena.</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Ejerce actividad lucrativa laboral por cuenta <input type="radio"/> <b>11.1</b> <input type="checkbox"/> propia, <input type="radio"/> <b>11.2</b> <input type="checkbox"/> ajena, pero los rendimientos netos que obtiene por este concepto, considerados en cómputo anual, no superan el 75 por cien del salario mínimo interprofesional vigente, considerado también en cómputo anual.</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Percibe pensión contributiva por <input type="checkbox"/> jubilación, <input type="checkbox"/> invalidez o <input type="checkbox"/> viudedad, por importe anual de ..... euros.</p> <p>Si ha marcado en <b>11</b> o <b>12</b> se encuentra afiliado con el nº <input type="text"/> en el Régimen ..... de la Seguridad Social de.....</p> |                  |        |                      |                           |
|          | <b>DISCAPACIDAD POR LA QUE ESTÁ AFECTADO:</b>   |                  |        | Grado                | Causa                     |
|          | <input type="checkbox"/> Discapacidad en grado igual o superior al 33 por cien (sólo es causa de la prestación en menores de 18 años).  |                  |        | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |
|          | <input type="checkbox"/> Discapacidad en grado igual o superior al 65 por cien, sin necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida.  |                  |        | 3ª                   | Validez                   |
|          | <input type="checkbox"/> Discapacidad en grado igual o superior al 75 por cien, con necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.  |                  |        | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |
|          |   |                  |        | Efectos: ___/___/___ |                           |

EJEMPLAR PARA MUFACE



## DILIGENCIA

Se han comprobado los datos del colectivo y de afiliación que afectan a la presente solicitud, con el siguiente resultado:

### 1. Respecto del solicitante perceptor:

- Es mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación, en situación de alta desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.
- Es el representante legal del causante, tutor o guardador o, en su defecto, la persona que le tiene a su cargo, según queda acreditado **en la documentación que se incorpora al expediente.**

### 2. Respecto del minusválido causante:

- Es beneficiario del mutualista o del titular solicitante, en situación de alta desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, con número de orden [ ][ ]
- Es titular de documento asimilado al de afiliación, en situación de alta desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, siendo el propio solicitante.
- No figura en el colectivo o figura en situación de baja desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.
- Está afiliado al Régimen..... de la Seguridad Social de ..... y
- percibe la prestación por hijo minusválido con cargo al mismo.
  - no percibe

### 3. Otras consideraciones:

, a de de  
EL/LA JEFE DE COLECTIVOS,

EJEMPLAR PARA MUFACE

## INSTRUCCIONES GENERALES

- \* No escriba en los espacios sombreados con trama.
- \* Escriba siempre en letras mayúsculas.

## INSTRUCCIONES PARA LOS EPÍGRAFES QUE SE INDICAN

### 1.- Datos del solicitante perceptor.

- En el caso de que el solicitante sea el propio minusválido, en el espacio "Relación con el causante" indique "el mismo". De no ser así, señale el parentesco o, en su caso, la palabra "representante". Esta situación se producirá cuando corresponda marcar las cuadrículas **7** y **9** del epígrafe **2** ó cuando el minusválido tenga 18 ó más años, no haya sido incapacitado judicialmente y conserve su capacidad de obrar.
- En cualquier supuesto, debe anotarse el domicilio actual del solicitante.
- **Datos de la otra persona que es titular de la patria potestad o tutela:**  
Si existe, deben anotarse los datos solicitados. En el recuadro "Número de afiliación" se indicará el que corresponda a esta persona, si estuviera afiliada a algún Régimen público de Seguridad Social.

### 2.- Datos del minusválido causante.

- Las cuadrículas que se marquen y los datos que se transcriban deben reflejar adecuadamente la situación del causante respecto a:
  - El mutualista o el titular de documento asimilado al de afiliación, de MUFACE.
  - Su propia pertenencia o no al colectivo de MUFACE.
  - La realización o no de una actividad laboral lucrativa, la percepción de alguna pensión contributiva y su posible afiliación obligatoria al respectivo Régimen de Seguridad Social.
  - El grado de su discapacidad.

### 5.- Datos de notificación.

- Sólo se rellenará si se quiere que el domicilio para recibir las notificaciones sea el del Habilitado de Clases Pasivas u otro domicilio distinto al que se ha señalado para el solicitante en el epígrafe 1.

## INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN

*La prestación por hijo minusválido consiste en una asignación económica, cuya cuantía, fijada por Ley, se suele actualizar, en general, por las Leyes anuales de Presupuestos Generales del Estado, y que varía, en principio, en función de que el causante con discapacidad sea menor o mayor de 18 años. En el primer caso, se exige una discapacidad en grado igual o superior al 33 por cien y la cuantía es única; en el segundo, es necesario que la discapacidad sea en grado igual o superior al 65 por cien y la cuantía también es única, salvo que alcance el 75 por cien y, además, el causante con discapacidad necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, en cuyo supuesto la asignación es superior.*

*Desde 1 de enero de 2004 pueden causar también la prestación los hijos o menores acogidos que estén a cargo de un mutualista o titular de documento asimilado al de afiliación y convivan con él, que, encontrándose en las situaciones de discapacidad señaladas en el párrafo anterior, realicen una actividad laboral lucrativa, siempre que los ingresos que perciban por este concepto, en cómputo anual, no superen el 75 por cien del salario mínimo interprofesional vigente, también en cómputo anual.*

*Con carácter general, las altas, bajas, y variaciones producen efecto en el trimestre natural inmediatamente siguiente a aquél en que se presente la solicitud acreditando la discapacidad o se produzca el hecho que motiva la baja o variación. Si la variación se debe al cumplimiento de los 18 años, la modificación de la cuantía se realiza de oficio, siempre que obre previamente en MUFACE la documentación en vigor que acredite el derecho a tal modificación.*

*A partir de la fecha de efectos, la asignación se abona por MUFACE, mensualmente, incluyendo en el primer pago los atrasos, si los hubiere.*

*El solicitante perceptor de la prestación está obligado a comunicar a MUFACE, con carácter inmediato, cualquier variación en las circunstancias declaradas en la presente solicitud, que puedan afectar a los requisitos de la prestación.*

*Sin perjuicio de ello, MUFACE solicitará anualmente la actualización de los datos que acrediten la persistencia de los requisitos necesarios para el mantenimiento del derecho al percibo de la prestación.*

*Cualquier abono que se efectúe indebidamente durante un período en que no se reunieran los requisitos necesarios, dará lugar al oportuno reintegro de las percepciones indebidas.*



