

SOLICITUD PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Es imprescindible cumplimentar la totalidad de los datos del formulario y acompañarlo de la documentación que acredite los motivos y circunstancias de su solicitud, comprometiéndose la veracidad de los datos recogidos. MAZ se reserva el derecho a solicitar cualquier información adicional que sea precisa para la tramitación del expediente o comprobar la información remitida.

1. DATOS DE EL/LA TRABAJADOR/A

Nombre y Apellidos:																						
Domicilio:							Localidad:				Provincia:											
DNI/NIE:					Fecha de nacimiento:				Código Postal:													
Teléfono:					Email:																	
Datos bancarios: IBAN																						
PAIS		D.D.		ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.		NÚMERO DE CUENTA BANCARIA										

Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

El titular de la cuenta corriente deberá ser necesariamente el beneficiario de la prestación. Debe aportar certificado de titularidad bancaria.

2. DATOS DE EL/LA SOLICITANTE (en caso de coincidir con la persona del trabajador/a no rellenar):

Nombre y Apellidos:																						
Domicilio:							Localidad:				Provincia:											
Código Postal:					Parentesco con el trabajador:				DNI/NIE:													
Teléfono:					Email:																	
Datos bancarios: IBAN																						
PAIS		D.D.		ENTIDAD			SUCURSAL			D.C.		NÚMERO DE CUENTA BANCARIA										

Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

El titular de la cuenta corriente deberá ser necesariamente el beneficiario de la prestación. Debe aportar certificado de titularidad bancaria.

3.- DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Tipología:		Accidente de trabajo				Enfermedad Profesional				Defunción			
		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Fecha accidente trabajo/Enfermedad profesional/Defunción:													
Fecha baja:							Fecha alta:						

4.- SITUACIÓN LABORAL DE EL/LA TRABAJADOR/A

Empresa:	Puesto de trabajo:		
Situación laboral actual:			
En activo <input type="checkbox"/>	Pensionista <input type="checkbox"/>	Desempleo <input type="checkbox"/>	
En caso de pensionista indique el grado de incapacidad:			
Permanente Parcial <input type="checkbox"/>	Permanente Total <input type="checkbox"/>	Permanente Absoluta <input type="checkbox"/>	Gran Invalidez <input type="checkbox"/>

5.- SITUACIÓN FAMILIAR (Datos de todos los miembros que componen la unidad de convivencia del accidentado, incluido el trabajador/a)

Nombre y Apellidos	Parentesco	Edad	Ingresos mensuales brutos	Origen ingresos (1)	Discapacidad

(1) Prestación IT, prestación incapacidad, nómina, rentas, pensiones alimenticias...

6.- SITUACIÓN ECONÓMICA (Gastos actuales unidad convivencia)

Tipo de gasto	Importe Mensual
Hipoteca/Alquiler	
Suministros (electricidad, agua, gas, comunidad ...)	
Préstamos	
Otros	

¿Ha solicitado ayuda a otros organismos?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tipo e importe de la ayuda:		

7.- PRESTACIÓN SOLICITADA (marcar con una X):

1. Ayuda de rehabilitación y recuperación.

- 1.1 Ayuda para costear la estancia de larga duración en un centro sociosanitario o residencial.
- 1.2 Ayuda para costear los gastos de traslado, estancia y dietas del trabajador en un centro hospitalario, sociosanitario o residencial, así como del acompañante encargado de su cuidado.
- 1.3 Ayuda para prótesis y ayudas técnicas no regladas.
- 1.4 Ayuda para tratamientos médicos o terapias no reglados.

2. Reorientación profesional y adaptación del puesto de trabajo.

- 2.1 Ayuda para sufragar cursos para la formación profesional e inserción sociolaboral.
- 2.2 Ayuda para sufragar los gastos de adaptación del local o puesto de trabajo donde el trabajador autónomo desarrolla su actividad.

3. Ayuda para la adaptación de los medios esenciales para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

- 3.1 Ayuda para sufragar el coste de la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda habitual.
- 3.2 Ayuda para la adquisición de vivienda habitual adaptada.
- 3.3 Ayuda para sufragar la adaptación del vehículo o la adquisición de vehículo adaptado.
- 3.4 Apoyo domiciliario para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.
- 3.5 Ayuda para el acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

4. Otras prestaciones.

- 4.1 Abono de un complemento al auxilio por defunción.
- 4.2 Ayuda para la formación en el cuidado de personas en situación de Gran Invalidez.
- 4.3 Ayuda de pago único del alquiler o amortización de créditos hipotecarios de vivienda habitual.

En su caso, descripción de la ayuda:

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Su solicitud se gestionará bajo los criterios y procedimiento establecido en el artículo 67 bis del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.
- Las ayudas sociales concedidas por la Comisión de Prestaciones Especiales, **podrán tener consideración de rendimiento del trabajo**, conforme a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas.
- En virtud de la normativa vigente, se informa al solicitante, dada la naturaleza de la prestación, que no cabrá recurso contra el acuerdo que se adopte por la Comisión de prestaciones especiales.

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS:

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, MAZ, M.C.S.S. nº 11 como Responsable de Tratamiento, va a tratar los datos personales del presente formulario con la finalidad de la concesión y gestión de prestaciones complementarias, en cumplimiento de sus obligaciones.

En cualquier caso, se informa de la posibilidad de ejercer cualquiera de los siguientes derechos: **acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento**, en el momento que desee en cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es. Asimismo, podrán ejercitar dichos derechos los familiares o terceros de los que usted comunique información para la gestión de la presente solicitud, siempre y cuando acrediten su identidad y derechos.

Se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: <http://www.aepd.es/es>) en materia de la gestión de sus derechos de protección de datos.

Para consultar cualquier información adicional sobre la política de privacidad puede consultarse el siguiente enlace: <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

En _____ a _____ de _____ de 20 ____ .

Firma de el/la solicitante:

Fdo: D./Dña.....

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE EL/LA SOLICITANTE DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

D./Dña. _____ con NIF nº _____, actuando en nombre propio y derecho

DECLARA,

Que la información remitida y que se acompaña al presente anexo para la solicitud de prestaciones complementarias es veraz y ajustada a derecho, acorde a la situación económica real de el/la solicitante y su unidad de convivencia, sin perjuicio de que MAZ, M.C.S.S. Nº11 se reserve el derecho a que una vez revisada la documentación aportada pueda solicitar información adicional o complementaria para poder tramitar la solicitud remitida.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____.

Firma de el/la declarante:

A el/la declarante se le informa que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 como responsable de tratamiento, con la finalidad de efectuar las actuaciones que fueran necesarias para la tramitación y gestión de prestaciones.

Asimismo, se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto para el que se recaban, de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de los derechos (acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento) establecidos en la citada normativa, en el momento que desee, dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es. Tiene a su disposición nuestra política de privacidad en <http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

Común para todas las ayudas:

- Copia DNI solicitante.
- Copia DNI trabajador/a.
- Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional, resolución de la Entidad Gestora o sentencia judicial firme declarado el carácter profesional de la contingencia.
- Informe médico que justifique la ayuda solicitada.
- Informe Trabajo Social.
- Certificado de empadronamiento colectivo, que acredite los miembros de la unidad de convivencia de el/la trabajador/a mutualista a la fecha de la solicitud de la ayuda, salvo en los casos de ayuda para el complemento al auxilio por defunción.
- Nómina de el/la trabajador/a de los dos meses anteriores a la fecha del Accidente de Trabajo (AT) o Enfermedad Profesional (EP), y del mes de la fecha de la solicitud de ayuda, salvo en los casos de ayuda para el complemento al auxilio por defunción. En el caso de trabajador/a con Incapacidad Permanente reconocida, pensión actualizada al mes de solicitud de la ayuda. En el caso de trabajador/a por cuenta propia, documentación anterior a la fecha del Accidente de Trabajo (AT) o Enfermedad Profesional (EP) que acredite los ingresos según tipo de autónomo y su sistema de tributación,
- 3 presupuestos o factura de la ayuda solicitada.
- Modelo 145.
- Certificado de discapacidad en caso de que exista.
- Resolución de dependencia en caso de que exista.

Documentación adicional por tipo de ayuda:

Ayuda para costear los gastos de traslado, estancia y dietas de el/la trabajador/a en un centro hospitalario, sociosanitario o residencial, así como de acompañante encargado de su cuidado.

- Copia del libro de familia o certificado del registro electrónico del Registro Civil.

Ayuda para sufragar los gastos de adaptación del local o puesto de trabajo donde el/la trabajador/a autónomo/a desarrolla su actividad, así como los medios de trabajo, a las necesidades surgidas tras el accidente de trabajo.

- Escritura de propiedad o de hipoteca del local donde se desarrolla la actividad, en su caso.
- En caso de que el local donde se desarrolla la actividad se encuentre en régimen de alquiler presentar contrato de arrendamiento y autorización de el/la propietario/a a la adaptación a realizar.

Ayudas para sufragar el coste de la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda habitual y el coste que pueda suponer la adaptación de la vivienda habitual.

- Escritura de propiedad o de hipoteca de la propiedad donde se solicita la adaptación.
- En caso de ser un arrendamiento, presentar autorización de el/la propietario/a para realizar la adaptación o el conforme de la misma.

Ayuda para la adquisición de vivienda habitual adaptada.

- Escritura de propiedad o de hipoteca de la propiedad.

Ayuda para sufragar la adaptación del vehículo o la adquisición de vehículo adaptado al estado físico de el/la trabajador/a derivado del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

- Permiso de circulación del vehículo con las limitaciones establecidas por la Dirección General de Tráfico.
- Documento acreditativo de la titularidad del vehículo.

Apoyo domiciliario para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria cuando no exista un familiar o pareja de hecho de la unidad de convivencia que esté en condiciones de poder prestar el apoyo domiciliario.

- Copia del libro de familia o certificado del registro electrónico del Registro Civil.

Ayuda de pago único para el pago del alquiler o amortización de créditos hipotecarios de la vivienda habitual cuando, como consecuencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, se produzca la pérdida del empleo o situación similar de vulnerabilidad, durante el año siguiente al hecho causante.

- Contrato de arrendamiento de la vivienda habitual, en caso de solicitar ayuda de alquiler.
- Escritura de constitución de la hipoteca.
- Recibos abonados desde la fecha de baja y como máximo hasta los 12 meses siguientes, mientras continúe el proceso de incapacidad.

MAZ podrá solicitar documentación adicional necesaria para la gestión de la ayuda solicitada. Asimismo, la Comisión de Prestaciones Especiales de MAZ se reservará el derecho a solicitar más información que permita resolver el expediente de solicitud.