



SOLICITUD DE AYUDA DEL PROGRAMA DE ATENCION A PERSONAS MAYORES
Circular 72 (BOE 19-XII-2002)

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Expediente nº.....

Apellidos y nombre			Nº Afiliación
Domicilio			Localidad
Provincia	Código Postal	Teléfono	Destino
Nombre del beneficiario			Grado de minusvalía

2. CLASE DE AYUDA QUE SOLICITA

- Domiciliaria		- Estancia en Centro de día	
- Teleasistencia		- Estancia en Residencia	

3. PLAZO DE PRESENTACIÓN

Las solicitudes deberán presentarse entre el 1 de enero y el 30 de abril de cada año. Se admitirá la presentación posterior al 30 de abril hasta el 1 de diciembre, si bien los efectos económicos serán desde el día primero del mes en que se presente la solicitud.

Se tendrán por no presentadas las solicitudes a las que no se acompañe el correspondiente certificado de minusvalía, tomándose como fecha de presentación la fecha en que se aporte.

4. CONDICIONES DE ACCESO

- SITUACION SOCIO-FAMILIAR	-DOCUMENTACION A APORTAR
1.1 Vive sola	- Libro de familia <input type="checkbox"/>
1.2 Vive en su domicilio habitual con familiares u otras personas que, a su vez, requieren atención.	- Certificado de convivencia o empadronamiento del Ayuntamiento. <input type="checkbox"/>
1.3 Vive con hijos u otros familiares, que no pueden prestarle la debida atención, por razones de trabajo, salud, o que esto conlleve una especial dificultad.	- Acreditación de la situación laboral (*) y/o médica de los convivientes. <input type="checkbox"/>
1.4 Vive con su pareja de edad, superior a 75 años, o que, teniendo una edad inferior, por sus circunstancias de salud o trabajo, no le pueda prestar la debida atención, que esto conlleve una especial dificultad.	- Otros <input type="checkbox"/>
- SITUACION DE DEPENDENCIA: DOCUMENTACION A APORTAR	
- Copia compulsada de la Certificación del IMSERSO o del órgano equivalente de la Comunidad Autónoma acreditativa del grado de minusvalía reconocido.	
- Informes médicos de los especialistas sobre la patología del interesado.	
- Dictamen médico en impreso de la Mutualidad (Anexo a la solicitud).	
- Cualquier otro.	

IMPORTANTE: CRUCE CON UNA X LAS CUADRICULAS QUE PROCEDAN. Nº de CONTROL -2-/2002
LAS FACTURAS DEBERAN PONER TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, CONCEPTO, PRECIO, FECHA N.I.F., ETC.

-SITUACIÓN ECONÓMICA		-DOCUMENTACIÓN A APORTAR	
- Miembros de la Unidad Familiar		- Declaración de la Renta del mutualista	!
- Cónyuge o asimilado		- Declaración de la Renta del cónyuge o asimilado.	!
- Descendiente		- Declaración jurada sobre si se han producido o no modificaciones en la Declaración de la Renta	!
- Ascendiente		- Última nómina o certificación de la pensión	!
- Otros familiares		- Certificación de las rentas exentas de tributación	!
		- Documentos justificativos de la dependencia económica de las personas que forman la Unidad Familiar	!
- EDAD		- DOCUMENTACIÓN A APORTAR	
- Edad del solicitante		- D.N.I.	!
- Edad del beneficiario		- Libro de Familia	!
- Edad del cónyuge o asimilado		- Partida de nacimiento	!
		- Otros documentos acreditativos	!
OTRAS CIRCUNSTANCIAS DE CARÁCTER EXCEPCIONAL		DOCUMENTACIÓN A APORTAR	
(*) Los documentos señalados con este asterisco, pueden ser obtenidos por este Organismo, si Vd. firma el consentimiento que figura como Anexo II a esta Solicitud.			
PERÍODO PARA EL QUE SE REQUIERE LA AYUDA		- Recibos o facturas presentadas con la solicitud.	
De a de			

5.- CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN

Artículo 11 de la Circular 72.
MUGEJU concede a los Mayores:

- A)** Una ayuda por reintegro de gastos para asistencia domiciliaria, estancia en residencias o centros de día.
La cuantía está en relación directa con la puntuación obtenida conforme a la siguiente tabla:

PUNTUACION	CUANTIA/MES
A) De 70 puntos en adelante	691,16 €
B) De 60 a 69	570,96 €
C) De 50 a 59	450,76 €
D) De 40 a 49	330,56 €
E) De 28 a 39	210,35 €

Cuando en una misma Unidad Familiar más de un miembro tenga derecho a estas ayudas, las de menor cuantía se dividirán por dos, salvo que el grado de dependencia del que la cause se haya valorado en 23 o más puntos.

- B)** Una subvención para instalar en el domicilio del Mayor el Servicio de Teleasistencia como complemento a la Ayuda domiciliaria o independientemente de ésta. (Artículo 18 Circular 72).

6.- FORMA DE PAGO

El pago se efectuará previa justificación del gasto realizado mediante presentación de factura o recibo, con el tope máximo de la asignación mensual que le haya correspondido, a medida que se acredite el mismo.

En todo caso el ABONO será por TRANSFERENCIA BANCARIA

El abono se efectuará al mutualista	A la entidad o persona que presta el servicio
Banco o Caja.....	Domicilio de la Sucursal
Localidad.....	Código y Provincia.....
Entidad bancaria Sucursal: D.C Número de C/C o libreta	

DECLARO expresamente:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.	
- Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ninguna Entidad u Organismo Público.	
- Que recibo o voy a recibir ayuda económica de otra Entidad o Organismo en cuantía de€	
En, a..... de de 2..... FIRMA DEL SOLICITANTE,	

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE de 14-XII-1999), se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Mutualidad General Judicial, del fichero automatizado de datos de prestaciones, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de las mismas. A excepción de los datos para notificación que se señalan como voluntarios los demás son necesarios para resolver su petición, por lo que su cumplimentación es obligatoria.

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL.- MADRID.-

INFORME DEL DELEGADO
Para hacer constar que los datos del mutualista y beneficiario de la presente solicitud, en la fecha de su presentación, coinciden con los existentes en esa Delegación.
..... a de de EL DELEGADO,

INFORME DEL ASESOR MÉDICO (Si se estima oportuno) Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite el siguiente informe:

Madrid, a de..... de
EL ASESOR MEDICO,

PROPUESTA DE RESOLUCION:

Vista la presente solicitud y los antecedentes oportunos, y en aplicación de la Circular nº 72 reuniendo los requisitos exigidos en el artículo 4 y habiendo obtenido la puntuación de puntos, procede **CONCEDER** una ayuda de tipo por reintegro de gastos con tope máximo mensual de€ por el período de..... a D.....

DENEGAR, por

Madrid, a..... de..... de
EL DIRECTOR DEL SERVICIO,

RESOLUCION:

CONFORME con la Propuesta de Resolución, notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámite.

Madrid, a de de
POR LA JUNTA DE GOBIERNO,

RECURSO: