

**SOLICITUD DE AYUDA SOCIAL A LA COMISIÓN DE PRESTACIONES ESPECIALES  
POR GASTOS EXTRAORDINARIOS (DESPLAZAMIENTO, ALOJAMIENTO Y  
MANUTENCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O ACOMPAÑANTE)**

**1.- DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR/A**

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad social		DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:		
Domicilio				Número	Bloque	Esc	Piso	Pta.
Código Postal	Localidad			Provincia				
Estado civil:				Fecha de nacimiento:				
Miembros que componen la unidad familiar y circunstancias de los mismos:								
Fecha AT ó EP:		Fecha Baja:		Fecha alta médica:				
Profesión:								
Descripción del accidente:								

**2.- DATOS DEL SOLICITANTE** (persona que podría beneficiarse de la ayuda)

Rellenar sólo si es distinto del trabajador accidentado.

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad social		DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono				
Domicilio				Número	Bloque	Esc	Piso	Pta.
Código Postal	Localidad			Provincia				
Relación con el accidentado/a:								

### 3.- DESCRIPCIÓN DE LA AYUDA SOLICITADA (motivación):

### 4.- DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA BANCARIA

Ponga especial atención a la hora rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando se haga el ingreso. @Y ]bZ:fa Ua cg ei Y Y`b• a Yfc XY WYbHJ`Yg • b]W` dUFU`hcXUg`Ug gc`]VH XYg XY dU[ c XY A 5N"

### DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR:

- Fotocopia DNI del solicitante / DNI trabajador mutualista (si no coincide con el anterior).
- Informe médico actualizado que justifique la necesidad.
- Justificante de los gastos solicitados (facturas alojamientos, tickets de dietas y de desplazamientos etc....)
- Cuanto se crea preciso para demostrar la situación que se plantea.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma del solicitante

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DATOS DEL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO Y VISADO

A cumplimentar por la Dirección Provincial MAZ.

### 5.- DATOS RELATIVOS A LA EMPRESA

Razón Social	Nº C.C.C.	Domicilio	
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono

### 6.- RELACIÓN DE GASTOS SOLICITADOS

CONCEPTO	FECHA/PERIODO	IMPORTE	Nº JUSTIFIC ANTES	OBSERVACIONES (En el caso de desplazamientos, especificar trayectos)

Nº SINIESTRO: .....

Dirección Provincial de.....

D/Dª ..... certifico que los gastos del trabajador de referencia han sido revisados, son correctos y aportan la documentación obligatoria requerida.

Firmado:

A cumplimentar por Servicios Centrales:

F. Comisión: \_\_\_\_\_

Nº Acta: \_\_\_\_\_

Las ayudas que concede la Comisión de Prestaciones Especiales, tiene carácter graciable, por lo que contra las decisiones de la misma, no cabe recurso alguno.  
 Nota: De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en ficheros de su Mutua, con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.