



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

**SOLICITUD PREPARADA  
PARA CUMPLIMENTARSE  
ELECTRÓNICAMENTE**

SECRETARIA DE ESTADO  
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL  
ÁREA DE PRESTACIÓN  
ECONOMICAS

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR HIJO A CARGO CON DISCAPACIDAD

### DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU	DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO	NIF/ Pasaporte / D. Identificación ( U E)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO: Calle o plaza y número		CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PROVINCIA	NUM. TELEFONO	RELACIÓN CON EL CAUSANTE (1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DATOS DE LA OTRA PERSONA QUE ES TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD O TUTELA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUM. DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (en su caso)	NIF/ Pasaporte / D. Identificación ( U E)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### DATOS DEL DISCAPACITADO CAUSANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	NIF/ Pasaporte / D. Identificación ( U E)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
GRADO DE DISCAPACIDAD	OTROS DATOS	
<input type="checkbox"/> Igual o superior al 33 por 100 (menores de 18 años) <input type="checkbox"/> Igual o superior al 65 por 100, sin necesidad de tercera persona (mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Igual o superior al 75 por 100, con necesidad de tercera persona (mayores de 18 años)	<input type="checkbox"/> Es mayor de 18 años, no incapacitado judicialmente, siendo él mismo el solicitante <input type="checkbox"/> Es huérfano de padre y madre, menor de edad o mayor de edad incapacitado, siendo el solicitante su representante legal <input type="checkbox"/> Ejerce actividad laboral, pero sus ingresos íntegros anuales en concepto de rendimientos del trabajo no superan el 100 por 100 del salario mínimo interprofesional, también en cómputo anual <input type="checkbox"/> Es hijo o menor acogido por el solicitante, que es <input type="checkbox"/> mutualista de Mugeju <input type="checkbox"/> titular no mutualista con nº de afiliación y documento propios, encontrándose <input type="checkbox"/> incluido <input type="checkbox"/> no incluido en su documento de afiliación como beneficiario <input type="checkbox"/> Es titular de documento de afiliación propio, al ser huérfano de mutualista	

Marque con "X" las cuadrículas que correspondan

### DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

BANCO / CAJA	DOMICILIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO	CÓD .POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	
<input type="text"/>	
IBAN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DOCUMENTACION A ADJUNTAR

- **Resolución del reconocimiento del grado de discapacidad**, con indicación del plazo de validez o revisión, acreditativa del grado de discapacidad y, si procede, la necesidad del concurso de tercera persona, expedida por el órgano competente en esta materia de las Comunidades Autónomas o del IMSERSO. También se podrá acreditar la necesidad de tercera persona mediante aplicación del baremo de dependencia ( BVD)
- Si el causante (discapacitado) es un menor en régimen de acogimiento familiar, tanto de carácter permanente como pre adoptivo: **decisión administrativa o judicial de acogimiento**
- Si el solicitante es huérfano absoluto, menor o mayor de edad, incapacitado judicialmente: **documento acreditativo de que el solicitante es el representante legal del causante discapacitado.**
- Si el causante (discapacitado) realiza un trabajo remunerado: **certificación de la empresa o entidad en que desempeña su actividad**, en la que consten:
  - Nombre o razón social
  - Duración del contrato
  - Importe íntegro de la retribución mensual
  - Importe íntegro de las pagas extraordinarias y el número de éstas que se abonan al año e idéntica información sobre otras retribuciones de periodicidad distinta de la mensual
- Si se era perceptor de alguna pensión, prestación o subsidio incompatible: **documento/s que acrediten que se ha optado por la prestación de MUGEJU**, o que ha renunciado a aquellos, así como la fecha de efectos económicos de la opción o renuncia.

Según el Artículo 28 Ley 39/2015 de procedimiento administrativo, se entiende otorgado el consentimiento para la consulta de los datos. En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para dicha consulta, marque la casilla correspondiente al lado de cada documento al que no preste su consentimiento para la resolución de este expediente. En este caso, tiene la obligación de aportar la correspondiente documentación.

El derecho a la asignación económica se reconoce con efectos del día 1 del trimestre natural siguiente al de la presentación de la solicitud. El mismo criterio se seguirá en los supuestos de variaciones que supongan un incremento en la cuantía de la asignación. En los supuestos de extinción de la prestación, el último día del trimestre natural que se produzca la variación.

### DECLARO bajo mi responsabilidad:

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud.

Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Mutualidad General Judicial cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

**SOLICITA** mediante su firma, que se dé curso a esta petición de prestación de Hijo a cargo con discapacidad adoptando para ello todas las medidas conducentes a su mejor resolución.

En....., a .....de .....de 20  
Firma

### AVISO IMPORTANTE

La falsedad en documento público, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser constitutiva de delito.

Los datos personales que figuran en esta solicitud serán incorporados a un fichero para la gestión de la prestación solicitada, cuya responsabilidad y custodia corresponde a la Mutualidad General Judicial. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados (Art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal B.O.E. del día 14/12/1999)

CORREO ELECTRÓNICO Y PÁGINA WEB

mugeju@justicia.es  
www.mugeju.es

**MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL**

Nº ControlL-03/2018

MARQUÉS DEL DUERO, 7  
28001 MADRID  
TEL. 91 586 03 00  
FAX 91 586 59 35