

**MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS GESTORES ADMINISTRATIVOS,  
A PRIMA FIJA**

**SOLICITUD DE AYUDA PARA HIJOS DISMINUIDOS PSÍQUICOS**  
(sólo para mutualistas afiliados con anterioridad al 31 de diciembre 2000 \*)

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, nacido/a  
en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_, calle de \_\_\_\_\_,  
núm. \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, correo  
electrónico \_\_\_\_\_, de estado \_\_\_\_\_, y con N.I.F. \_\_\_\_\_,  
mutualista núm. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_, perteneciente a la Delegación de \_\_\_\_\_,  
por medio del presente escrito solicita acogerse a los beneficios del acuerdo de la Junta General de  
Representantes de esa Mutualidad de fecha 11 de marzo de 1975 por el que se reconocen prestaciones  
potestativas a favor de los mutualistas que tengan a su cargo hijos disminuidos psíquicos, a cuyo fin

**MANIFIESTA**

**Primero.** Que su situación frente a la Mutualidad es (señale con una X lo que corresponda):

- Mutualista en situación de plenitud de derecho, con más de cinco años de antigüedad como  
cotizante.  
 Pensionista de jubilación regulada por los artículos 2 a 9 del Reglamento vigente.  
 Pensionista de invalidez regulada por los artículos 10 a 16 del Reglamento vigente.

**Segundo.** Que los datos relativos a su hijo/a disminuido/a psíquico/a son:

Nombre y N.I.F.:

\_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Clase de filiación (señale con una X lo que corresponda):

- Legítimo  
 Legitimado  
 Adoptivo  
 Natural reconocido

Tipo de disminución que le afecta: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia y de recepción del tratamiento:

- Reside y recibe tratamiento en el domicilio del firmante.  
 Reside en el domicilio del firmante y recibe tratamiento de rehabilitación en \_\_\_\_\_  
sito en \_\_\_\_\_.  
 Reside y recibe tratamiento de rehabilitación en \_\_\_\_\_ sito  
en \_\_\_\_\_.

Tipo de tratamiento que recibe (señale con una X lo que corresponda):

- Gratuito  
 Oneroso, satisfaciendo por el mismo la cantidad de \_\_\_\_\_ €

**Tercero.** Que como **documentación anexa** a la presente solicitud **se acompaña** la consistente en:

- Certificación de matrimonio de los padres del disminuido psíquico <sup>1</sup>.
- Certificado médico acreditativo de la disminución padecida por el hijo del/de la exponente, expedido por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, a través de los Servicios de la Jefatura Provincial de Sanidad.
- Fotocopia del D.N.I. del/de la hijo/a disminuido/a psíquico/a.

**Cuarto.** Que por la presente expresamente contrae el compromiso de presentar, anualmente, certificado de fe de vida y estado de su hijo/a afectado/a de disminución psíquica, ante esa Mutualidad, así como, cuantas veces fuera requerido al efecto, certificación médica acreditativa de la persistencia, regresión o curación del disminuido.

### POR LO EXPUESTO

A Usted solicita que, previos los trámites necesarios, se digne acordar la dispensa al compareciente de la prestación potestativa de ayuda económica en razón a cuanto queda expuesto en el cuerpo de este escrito.

En caso de que dicha ayuda económica le sea concedida, ruega que el importe de la misma le sea ingresado mediante transferencia bancaria a la cuenta que sigue:

Entidad	Sucursal	Dígito Control	Cuenta Corriente

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

Firma

**Señor Presidente de la Mutualidad General de Previsión Social de los Gestores Administrativos, a Prima Fija**

-----

### INFORME DE LA DELEGACIÓN DE LA MUTUALIDAD EN EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE GESTORES ADMINISTRATIVOS DE \_\_\_\_\_

Recibida en esta Delegación la presente solicitud el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, se reconoce la firma como la de la propia persona solicitante, D./Dña. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

El Delegado de la Mutualidad

**1** La certificación de matrimonio puede aportarse por fotocopia, incluso extraída del Libro de Familia de los padres del disminuido psíquico, siempre y cuando la misma venga autenticada por contraste con el original, por la firma del Delegado de la Mutualidad en la provincia de que se trate.  
Cuando se trate de hijo natural reconocido, la certificación de matrimonio de los padres se sustituirá por acta notarial o copia del testamento en que consta el reconocimiento, caso de no figurar el mismo por nota marginal en la certificación del acta de nacimiento.  
Cuando se trate de hijo adoptivo, deberá presentarse testimonio del acta de adopción.

\* Según la legislación vigente.