



SOLICITUD DE ACCIÓN SOCIAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD-2026

DATOS PERSONALES

| | | | | |
|--------------------|-----------------|------------------|------------------------------|----------|
| N.I.F. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | TELÉFONO |
| | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | GERENCIA Y CENTRO DE TRABAJO | |
| | | | | |

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES:

| | | | | |
|-------|----|-----------|-----------|---------------|
| CALLE | Nº | LOCALIDAD | PROVINCIA | CÓDIGO POSTAL |
| | | | | |

EN CASO DE AYUDAS RELACIONADAS CON LOS HIJOS O ADOPTADOS, CAUSANTE DE LA MISMA:

| | | | |
|--------|-----------------|------------------|--------|
| N.I.F. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |
| | | | |

INTEGRANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR:

| N.I.F. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO | Percibe ingresos SI / NO |
|--------|-----------------|------------------|--------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| | | | | CÓNYUGE ⁽¹⁾ | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |
| | | | | HIJO/A | | |

(1) O PAREJA DE HECHO. INDICAR SI ES TAMBIÉN PERSONAL DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL: ☐ o del SMS: ☐

TIPO DE AYUDA DE ACCIÓN SOCIAL QUE SE SOLICITA (marcar con una X)

(se utilizará una instancia para cada solicitud de ayuda):

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> NATALIDAD O ADOPCIÓN | <input type="checkbox"/> ANTICIPO EXTRAORDINARIO REINTEGRABLE Importe: _____ Plazo (meses): _____ Importe máximo: doble de las retribuciones ordinarias mensuales. Plazo mínimo 13 meses y plazo máximo 36 meses. Código iban: ES _____ CAUSA DE LA NECESIDAD (sin perjuicio de la aportación de documentación complementaria): _____ _____ _____ | ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/> HIJO/A <input type="checkbox"/> PRIMERA MATRÍCULA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO (Sólo en caso de matrícula gratuita por discapacidad) | DISCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> PERSONAL CON DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> HIJO/A CON DISCAPACIDAD |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS REGLADOS PERSONAL <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS REGLADOS HIJOS (ESO, Bachillerato, Ciclos Superiores de Formación Profesional o equivalentes y estudios en Escuelas Oficiales de Idiomas) | <input type="checkbox"/> OTROS ESTUDIOS (SOLO PERSONAL) (especializaciones o habilitaciones para el ejercicio de una actividad o profesión, que incluirán los másteres universitarios) |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AYUDA EXCEPCIONAL BAJOS INGRESOS PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO | <input type="checkbox"/> ANTICIPO EXTRAORDINARIO REINTEGRABLE PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Importe: _____ Plazo (meses): _____ Importe máximo: 6.000€. Plazo mínimo 13 meses y plazo máximo 86 meses. Código iban: ES _____ |
|--|--|



| | |
|--|---|
| NATALIDAD, ADOPCIÓN, ACOGIMIENTO O TUTELA | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. • Partida de nacimiento, libro de familia o cualquier otro documento oficial demostrativo del nacimiento. • En el caso de adopción, acogimiento o tutela, será válida la resolución administrativa o judicial correspondiente o cualquier otro documento que lo acredite fehacientemente. • Certificado de la empresa del cónyuge o padre/madre indicando el importe concedido por el mismo concepto, o bien, la no concesión de ayuda. En su defecto, declaración jurada o responsable sobre la no obtención de ayuda por parte del cónyuge, estando obligados a declarar cualquiera que se obtenga con posterioridad a la solicitud. • Plazo máximo: 60 días naturales desde la fecha del nacimiento o adopción. |
| ANTICIPO EXTRAORDINARIO REINTEGRABLE | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada (exclusivamente personal fijo), en la que deberá motivar suficientemente la necesidad excepcional que concurre (hechos fortuitos e imprevisibles de carácter grave, enfermedad o intervención quirúrgica grave, así como la implantación de prótesis que no queden cubiertas total o parcialmente por el servicio sanitario público, adopción internacional, realización de obras necesarias e imprescindibles para la conservación de la vivienda habitual, etc...) aportando el presupuesto/factura proforma o documento que justifique la previsión o la realización del gasto, según lo previsto en el apartado VI.1.E 2) Requisitos, de la resolución de 12 de junio de 2006, por la que se aprueba el Plan de Acción Social de este ente público (BORM nº 137 de 16-6-2006). • Plazo: hasta el día 31 de diciembre de 2026. |
| ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DEL PERSONAL Y SUS HIJOS (Y ASIMILADOS) Y HUÉRFANOS | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. • Solamente se concederán ayudas por primera matrícula (estudios de grado), quedando excluidas de ayuda las matrículas sucesivas, así como los Doctorados, másteres y cursos de postgrado en general. • Certificado / informe original acreditativo de la matriculación/justificante informático que acredite la matriculación, con expresión del curso y asignaturas que comprende indicando si es primera matrícula o no, e importe de cada asignatura o del curso completo en su caso. • Documentación acreditativa de los pagos efectuados. Se aportarán los justificantes del pago, mediante facturas, documentos bancarios o cualquier otro medio que acredite fehacientemente que se ha producido. • Fotocopia del resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación, en su caso, del Ministerio de Educación y Formación Profesional o de la Universidad correspondiente. • Certificado de la empresa del cónyuge indicando el importe concedido por el mismo concepto o la no concesión de ayuda. En caso de que el cónyuge no trabaje o sea autónomo deberá justificar esta situación documentalmente. En caso de separación o divorcio, sentencia correspondiente. • Documento que justifique la tutela, acogimiento o adopción, en su caso. • Estudios Universitarios homologados en Centros Privados: certificado acreditativo de la homologación. • Residencia: Solo procede si no existe/no se ha obtenido plaza por nota de corte en centro docente público para cursar los estudios universitarios, en su término municipal de residencia. Se aportará certificado de admisión en el Colegio Mayor o Residencia, o contrato de arrendamiento, en su caso, y los 3 primeros recibos originales/justificantes bancarios del pago del mismo. • En el caso de optar al Material Didáctico, además de los justificantes que acrediten fehacientemente el gasto realizado, se aportará el documento que justifique que la matrícula gratuita es por la condición de persona con discapacidad. • Plazo: hasta el día 31 de marzo de 2026. |
| PERSONAL CON DISCAPACIDAD | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. • La discapacidad ha de ser igual o mayor al 33% y la solicitud solo se presentará en caso de no haber obtenido la ayuda anteriormente o no estar en vigor la resolución de reconocimiento que aportó con anterioridad. Por tanto, con carácter general la ayuda se concederá de oficio. • Plazo: hasta el día 31 de marzo de 2026. |
| HIJO/A (Y ASIMILADOS) CON DISCAPACIDAD | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. • La discapacidad puede tener cualquier grado. • Libro de Familia o Certificado individual de inscripción o, en su caso, documento acreditativo de la vinculación en los supuestos de acogimiento, adopción o tutela. • Certificado de empadronamiento donde figure el solicitante y la persona con discapacidad. • Certificación o documento acreditativo de inscripción en centro docente autorizado para Educación Especial, en su caso. • Facturas acreditativas de todos los gastos que tengan relación directa con la discapacidad física o psíquica del curso escolar 25-26(septiembre a junio) que no hayan sido utilizadas para la ayuda –en su caso- del curso escolar 24-25. Se incluye enseñanza, transporte y comedor si asiste a un centro de educación especial, así como rehabilitación, fisioterapia, estimulación precoz, etc. siempre que tenga relación directa con la discapacidad. Se aportarán los justificantes del pago, mediante facturas, documentos bancarios o cualquier otro medio que acredite fehacientemente que se ha producido. • Certificado de la empresa del cónyuge sobre concesión o no de ayudas por el mismo concepto. En caso de que el cónyuge no trabaje deberá justificarlo documentalmente. • Plazo: hasta el día 30 de junio de 2026. |
| OTROS ESTUDIOS REGLADOS (ESO, Bachillerato, Ciclos Superiores de Formación Profesional o equivalentes y estudios en Escuelas Oficiales de Idiomas). | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. • Destinatarios: Personal e Hijos y asimilados (tutela, acogimiento, adopción) mayores de 16 años a 1-1-2026, por tanto deberán tener cumplidos al menos 17 años a 31-12-2026. • Certificado/informe original acreditativo de la matriculación/justificante informático que acredite la matriculación. • Documento que justifique la tutela, acogimiento o adopción, en su caso. • Certificado de la empresa del cónyuge sobre concesión o no de ayudas por el mismo concepto. En caso de que el cónyuge no trabaje deberá justificarlo documentalmente. • En caso de haberla solicitado, resguardo de solicitud de beca y concesión o denegación de la entidad correspondiente. • Plazo: hasta el día 31 de marzo de 2026. |



| | |
|---|--|
| OTROS ESTUDIOS (estudios, especializaciones o habilitaciones para el ejercicio de una actividad o profesión, que incluirán los másteres universitarios) | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. • Destinatarios: Solo Personal. No están incluidos Hijos y asimilados. • Documento de la entidad autorizada/justificante informático haciendo constar la inscripción o matriculación, estudios que realiza e importe de la mensualidad. Estos estudios deberán estar organizados o al menos contar con la participación de cualquier Administración, Colegios Oficiales o Sociedades Científicas. • Recibos o facturas del establecimiento autorizado, donde deberá constar el nombre de la empresa, N.I.F., número de factura o recibo, la fecha, la persona afectada, los estudios que realiza o resguardos de ingresos bancarios acreditativos de los pagos efectuados. • No se incluyen los gastos de preparación de oposiciones, asistencia a academias o cualquier otro estudio que no responda a un programa autorizado con el correspondiente diploma o certificado de asistencia y/o aprovechamiento. • Plazo: hasta el día 30 de septiembre de 2026. |
| PRESTACIONES PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud normalizada. (Recomendable contactar con carácter previo a la presentación de la solicitud con la unidad de gestión de las ayudas de acción social para orientación y garantía de la mayor confidencialidad). • Ayuda de carácter excepcional por bajos ingresos: Acreditación documental de insuficiencia de ingresos. Acreditación de ser víctima de violencia de género. • Anticipo extraordinario: Acreditación de ser víctima de violencia de género. • Plazo: hasta el día 31 de diciembre de 2026. |
| DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN SOBRE NOTIFICACIONES | AUTORIZACIONES Declaro que son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud, así como en la documentación que la acompaña y que no percibo yo y/o mi cónyuge otra ayuda de ningún organismo público o privado para la misma finalidad (en caso de haberla obtenido he aportado justificante de ser inferior a la establecida, a efectos de la posible compatibilidad), comprometiéndome en caso de obtenerla, a comunicarlo al Servicio Murciano de Salud en el plazo máximo de diez días desde su concesión, autorizando para que realice la comprobación oportuna con la Tesorería de la Seguridad Social/la Agencia Tributaria/Organismo público competente. Igualmente me comprometo a comunicar de inmediato cualquier variación en la situación declarada. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen en su caso a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada. |
| | PROTECCIÓN DE DATOS -Responsable del tratamiento: El responsable del tratamiento es la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, sita en C/Central, nº 7, edificio Habitamia, 30100-Espinardo (Murcia). -Finalidad del tratamiento: Es exclusivamente la tramitación y resolución del procedimiento de Ayudas de Acción Social; la información facilitada será tratada con el fin de gestionar, tramitar y resolver su solicitud. Los datos personales se conservarán mientras sean necesarios para la realización de las actuaciones relativas a su petición, así como su archivo. -Legitimación del tratamiento: El tratamiento se legitima por ser necesario para el ejercicio de poderes públicos. La base jurídica en la que se basa el tratamiento es la recogida en el artículo 6.1 e) del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de datos. Es obligatorio facilitar los datos para la tramitación y resolución de los expedientes. En caso contrario, no se podrá resolver su solicitud. -Destinatarios de cesiones: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. -Derechos del interesado: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos especificados en la información adicional. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, presentado una solicitud dirigida al responsable del tratamiento. En cualquier caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. -Procedencia de los datos: Los datos proceden de aportaciones del interesado y de la Plataforma de Interoperabilidad de la CARM. |

, a de de 2026.

El/la solicitante

Fdo _____

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD



ANEXO

MODELO DE OPOSICIÓN A LA CONSULTA DE DATOS PERSONALES EN PLATAFORMAS DE INTEROPERABILIDAD PARA DETERMINADOS TIPOS DE AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL

En las ayudas siguientes:

-Personal con discapacidad

-Hijos mayores de edad causantes de las ayudas de estudios universitarios, estudios reglados o de discapacidad.

(Se recaba el consentimiento para acceder a datos sobre discapacidad o relativos a la vida laboral -hijos mayores de edad-, mediante consultas en la plataforma de interoperabilidad; en caso de oponerse es obligatoria la aportación de la documentación correspondiente, según tipo de ayuda solicitada).

| | |
|-----------------------------------|--|
| CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: | 3549 |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: | -Ayudas del Plan de Acción Social del Servicio Murciano de Salud. |
| AYUDAS CONCRETAS A LAS QUE AFECTA | -Ayuda por discapacidad. -Ayudas por estudios universitarios. -Ayudas por otros estudios reglados. |

Los firmantes, en aplicación del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, no se oponen a que el órgano administrativo consulte los datos relacionados.

Los firmantes que han mostrado su oposición a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDAN OBLIGADOS A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud.

Datos que van a ser consultados por la Administración, salvo oposición:

| | | | |
|--|--|--|--|
| Personal del SMS causante de la ayuda de discapacidad | | Hijo/a estudiante mayor de edad, para ayudas de estudios universitarios o reglados de las que sea causante. Hijo/a mayor de edad, para la ayuda por discapacidad de la que sea causante, que no tenga reconocida la tutela o curatela. | |
| Nombre y Apellidos: | | Nombre y Apellidos: | |
| DNI/NIE: | | DNI/NIE: | |
| <p>*Consulta discapacidad CARM u otras Comunidades Autónomas. <small>*Solo se consultará en las ayudas por discapacidad.</small></p> <p><input type="checkbox"/> ME OPONGO</p> <p>Fdo.</p> | | <p>*Vida laboral (últimos 12 meses). <small>*Solo se consultará en las ayudas por estudios universitarios y otros estudios reglados.</small></p> <p>*Consulta discapacidad CARM u otras Comunidades Autónomas. <small>*Solo se consultará en las ayudas por hijos/as con discapacidad.</small></p> <p><input type="checkbox"/> ME OPONGO</p> <p>Fdo.</p> | |