

PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono fijo Teléfono móvil	
Domicilio: (calle/plaza/avenida...)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Puerta	
Código postal	Localidad	Provincia	Nacionalidad	Empresa	C.C.C.
Relación con el menor ☐ Progenitor ☐ Acogedor preadoptivo/permanente ☐ Adoptante ☐ Tutor					
Correo electrónico (a efectos de comunicación)*		1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR Es familia monoparental(*) Sí ☐ NO ☐			

* Campo obligatorio

2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/ACOGEDOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Trabaja por cuenta		Ajena ☐	Propia ☐
Pertenece en razón de su actividad al:					
☐ Régimen General de la Seguridad Social [Empresa C.C.C.] ☐ Régimen Especial de ☐ Otros					

3.- DATOS DEL MENOR/ES

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento
Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento

4.- MOTIVO DE LA SOLICITUD

INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR	
Fecha del ingreso hospitalario del menor	
¿Ha reducido la jornada laboral?	Sí ☐ NO ☐ Fecha de inicio de la jornada reducida
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)	

5.- OTROS DATOS

5.1 DATOS FISCALES	
Tipo voluntario de retención por IRPF %	
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:	
☐ Tabla general. Número de hijos	☐ Tabla de pensionistas ☐ Tipo voluntario %

(*) familia monoparental: constituida por un progenitor con el que convive el menor y que es el sustentador único de la familia.

5.2 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)					
Domicilio: (calle/plaza/avenida...)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Puerta	
Teléfono de contacto		Código postal	Localidad		
Provincia		País	Apartado de correos		

6.- ALEGACIONES

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

IBAN	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA						
			D. C.	CCC					

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

En a de de

Firma del solicitante

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, Solimat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento. Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, C/ Berna, 1, 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos lopd@solimat.com o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE.-** Este apartado se cumplimentará con los datos de identificación personal y de residencia permanente del solicitante.
 - 1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR:** Cumplimente la casilla correspondiente.
- 2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR.-** Si hay otro progenitor, cumplimente sus datos de identificación personal y laboral, indicando si pertenece al Sistema de la Seguridad Social. De pertenecer a otro Sistema o Colegio Profesional, indíquelo.
- 3. DATOS DEL MENOR/ES.-** Cumplimente los datos solicitados. Si el menor ha cumplido 14 años el dato DNI/NIE/ Pasaporte es obligatorio.
- 4. MOTIVO DE LA SOLICITUD.-** Cumplimente las casillas correspondientes y consigne las fechas y datos de que disponga.
- 5. OTROS DATOS**
 - 5.1 DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador, que debe presentar con esta solicitud. Además, puede solicitar tipo de retención voluntario por IRPF.
 - 5.2 EL DOMICILIO DE COMUNICACIONES** a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del cumplimentado en el apartado 1. incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados. Si desea que se le envíen a un apartado de correos también puede indicarlo.
- 6. ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
- 7. DATOS BANCARIOS.-** Ponga especial cuidado al rellenar las casillas para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

EN TODOS LOS CASOS

1. Acreditación de identidad de los interesados (también del causante si tiene 14 años) mediante fotocopia de la siguiente documentación en vigor:
 - Españoles: Documento nacional de identidad (DNI).
 - Extranjeros: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
2. Certificado de la empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales así como el porcentaje de parcialidad en la reducción de jornada.
3. Documentación relativa a la cotización:
 - Para los Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - Trabajadores responsables del ingreso de las cuotas: Justificantes del pago de los 3 últimos meses.
4. Certificado del facultativo del Servicio Público de Salud en el que conste que el menor se encuentra afectado por cáncer u otra enfermedad grave que requiere ingreso hospitalario de larga duración, indicando la fecha estimada de duración del ingreso y si el menor precisa un tratamiento continuado de la enfermedad, fuera del centro hospitalario, que indique la duración estimada del mismo.
5. Fotocopia del Libro de familia o, en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.
6. Resolución administrativa o judicial SOLO para los casos de acogimiento/tutela.

SOLO EN EL CASO DE TRABAJADORES RESPONSABLES DEL INGRESOS DE CUOTAS:

7. Declaración del porcentaje de parcialidad de la jornada de trabajo.

OTROS DOCUMENTOS:

8. En el supuesto de no convivencia de los progenitores, y en ausencia de acuerdo sobre el que debe percibir la prestación, documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor.
9. En el caso de familias monoparentales: Fotocopia de Libro de familia en el que conste un solo progenitor o, en el caso de que consten dos progenitores, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono de familia de uno de ellos.
10. Si el otro progenitor no pertenece al Sistema de la Seguridad Social debe aportar, en su caso:
 - Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo indicando que el mismo realiza una actividad laboral encuadrada en el Sistema de Clases Pasivas o
 - Certificado del Colegio Profesional al que pertenezca, si se trata de una actividad profesional.