

## 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 habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera
Código postal	Localidad	Provincia	Nacionalidad	Empresa	C.C.C.	
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Tutor						
<b>1.1</b>	<b>DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR</b>			Es familia monoparental <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

### 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 <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/>	
Pertenece en razón de su actividad al:						
<input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social [ Empresa C.C.C. ]						
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de ..... <input type="checkbox"/> 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

<b>INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR</b>	
Fecha del ingreso hospitalario del menor .....	
¿Ha reducido la jornada laboral? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de la jornada reducida .....	
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%) .....	

### 5.- OTROS DATOS

<b>5.1 DATOS FISCALES</b>	
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:	
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos .....	<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario ..... %
<b>5.2 LENGUA COOFICIAL</b> en la que desea recibir su correspondencia .....	

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-Pasaporte
---------------------	-------------------

<b>5.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES</b> (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)								
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal		Localidad					
Provincia		País			Apartado de correos			

## 6.- ALEGACIONES

## 7.- MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

EN CUENTA/LIBRETA	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA														
			D. CONTROL	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 comunicarnos cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

(Lopd)

..... a ..... de ..... de 20 .....

Firma solicitante,

## 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* La elección de *LENGUA COOFICIAL* sólo surtirá efectos en las comunidades autónomas que la tengan reconocida.

*5.3 El DOMICILIO DE COMUNICACIONES* a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, 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. COBRO DE LA PRESTACIÓN.-**

Ponga especial cuidado al rellenar las casillas del “código cuenta cliente”, 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
7. Acuerdo entre progenitores sobre el disfrute de la prestación (modelo CUME F-4)

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

8. Declaración del porcentaje de parcialidad de la jornada de trabajo y declaración de situación de la actividad en la parte

### **OTROS DOCUMENTOS:**

9. 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.
10. 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.
11. 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.

## **CORPORACION MUTUA LE INFORMA:**

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Mutua.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

– Documentos 1 (acreditación de identidad del interesado), 2, 4 y 5.

Si no presenta estos documentos, entenderemos que desiste de la petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99).

Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.

### **IMPORTANTE:**

Cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral como a la del otro progenitor o del menor (cese en el trabajo, alta hospitalaria del menor, etc.), mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicada.