

SOLICITUD PRESTACIONES ESPECIALES

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI-NIE-Pasaporte	En calidad de: Trabajador Beneficiario Otros:	

2.- DATOS DE TRABAJADOR ACCIDENTADO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil
Empresa	C.C.C. / C.I.F. Empresa	
Domicilio del trabajador		
Proceso: Accidente de Trabajo Enfermedad Profesional	Fecha baja	
Situación actual del trabajador: Alta médica Baja médica Pendiente de Resolución INSS Desempleo Trabaja		
Incapacidad laboral: Grado de incapacidad: Fecha de resolución:		

3.-BENEFICIARIO (Solo en caso de fallecimiento)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI-NIE-Pasaporte	Parentesco	
Teléfono	Domicilio	

4.-DATOS DE CONTACTO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio		Localidad
Provincia	Código Postal	Teléfono
Correo electrónico		

5.-AYUDA SOLICITADA

--

6.-DATOS ECONÓMICOS DEL LESIONADO

Salario	€año
Pensión	€año
Otros ingresos	€año
¿Ha percibido o percibirá otra indemnización por el accidente? Sí No	
Si ha contestado Sí: Por convenio Acc. Tráfico Otros	Importe: €

7.- DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

<ul style="list-style-type: none"> - DNI Lesionado y/o beneficiario <li style="margin-left: 20px;"><u>Para prestaciones de más de 300€</u> - Última declaración IRPF lesionado - Última declaración IRPF de unidad familiar

8.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

<ul style="list-style-type: none"> - Libro de familia - Presupuesto de obra en vivienda - Presupuesto adaptación vehículo - Justificante gasto (tickets comida, transporte, etc.) - Factura del gasto - Presupuesto servicio ayuda domicilio

9.- DOCUMENTACIÓN ADICIONAL APORTADA

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º

10.- DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta:				
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
Código IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante