



## 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   |
| Relación con el menor<br><input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor |                               |                   |  |               |        |                |
| <b>1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR</b> Es familia monoparental(*)    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 o propia? |  | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |  |
| Pertenece en razón de su actividad al:<br><input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social<br><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 .....  |

(\*) Se entenderá por familia monoparental la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye el sustentador único de la familia.

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 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 |          |      |        |
| <b>5.4 INFORMACIÓN TELEMÁTICA</b>  |  |               |      |           |                     |          |      |        |
| ¿DESEA recibir información por SMS?    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>               |  |               |      |           |                     |          |      |        |
| SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....                           |  |               |      |           |                     |          |      |        |

**6.- ALEGACIONES**

**7.- MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN**

|  |  |                    |         |                  |                  |     |  |  |
|--|--|--------------------|---------|------------------|------------------|-----|--|--|
|  |  | <b>código IBAN</b> |         |                  |                  |     |  |  |
| EN VENTANILLA <input type="checkbox"/>     |  | CÓDIGO PAÍS        | ENTIDAD | OFICINA/SUCURSAL | NÚMERO DE CUENTA |     |  |  |
| EN CUENTA/LIBRETA <input type="checkbox"/> |  |                    |         |                  | 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 comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

**MANIFIESTO,** mi consentimiento para que mis datos de identificación personal, y de los causantes, los de residencia, los que figuren en el Registro Civil y en la Agencia Estatal de Administración Tributaria o Haciendas Forales, puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

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

Firma del interesado,



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



3

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre: DNI-NIE-Pasaporte

Clave de identificación de su expediente: Registro del INSS

Funcionario de contacto:

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

DOCUMENTOS, ORIGINALES Y EN VIGOR, QUE SE LE REQUIEREN(1) EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:
1 [ ] DNI, pasaporte o equivalente, NIE.
2 [ ] Certificado de empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales.
3 [ ] Documentos de cotización de los últimos meses.
4 [ ] Trabajadores responsables del ingreso de cuotas: Declaración sobre reducción de su jornada de trabajo.
5 [ ] Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil.
6 [ ] Certificado de hospitalización del menor en el que conste el día del ingreso, emitido por el facultativo del Servicio Público de Salud.
7 [ ] "Resolución administrativa o judicial", para el acogimiento/tutela.
8 [ ] Otros documentos.
Recibí Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números
Firma
Cargo y nombre del funcionario
Fecha Lugar

DILIGENCIA DE COMPULSA:
A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:
Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta solicitud y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.
Firma
Cargo y nombre del funcionario
Fecha Lugar

(1) Deberá presentarlos en el plazo de diez días contados desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

8-015
2010

## 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.

*5.4 La INFORMACIÓN TELEMÁTICA* sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por estos medios.

- 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. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.

Si lo conoce, debe indicar el IBAN que es el equivalente a su número internacional de cuenta bancaria. Puede encontrarlo en los recibos y comunicaciones que le envía su banco o caja de ahorros.

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**

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

### **EN TODOS LOS CASOS**

1. Acreditación de identidad de los interesados (también del causante si tiene 14 años) mediante 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 2 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. 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: 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.

## **EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 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 Dirección Provincial.

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 de esta Dirección Provincial, 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 a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano a su domicilio.