

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

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación Seg. Social	Fecha de Nacimiento
Domicilio habitual		
Código Postal	Localidad	Provincia
Nacionalidad	Teléfono	Validación IPF¹ <input type="checkbox"/>
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor		
Datos de la unidad familiar, ¿es familia monoparental?² <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/ACOGEDOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación Seg. Social	
¿Trabaja por cuenta ajena? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Pertenece en razón de su actividad al <input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Régimen Especial de _____ <input type="checkbox"/> Otros _____		
¿Convive con el solicitante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3. DATOS DEL MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de Nacimiento	

¹ A cumplimentar por Mutua

² 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

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR	
Fecha del ingreso hospitalario del menor	
¿Se ha reducido la jornada laboral?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha de inicio de la jornada reducida	
Porcentaje de reducción (al menos 50%)	_____ %

5. OTROS DATOS

5.1 Están exentas en todo el territorio nacional las rentas por prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, conforme a lo que establece el artículo 7.z) de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF y, en la Comunidad Foral de Navarra, mediante la modificación introducida por la Ley Foral 25/2016, de 28 de diciembre, con efectos del 1 de enero de 2017, del artículo 7.k), cuarto párrafo del Texto Refundido de la Ley Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio.

5.2. DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES *(cumplimentar si es distinto del indicado en el apartado 1)*

Domicilio habitual		
Código Postal	Localidad	Provincia
País	Apartado de correos	Teléfono de contacto

5.3. INFORMACIÓN TELEMÁTICA

Si desea recibir información relativa a esta prestación por correo electrónico, indíquenos su dirección	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

6. ALEGACIONES

--

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº de expediente en mutua	

DOCUMENTOS ORIGINALES Y EN VIGOR QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR LA MUTUA

- 1. DNI, pasaporte o equivalente, NIF
- 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 las cuotas: Declaración sobre reducción de su jornada de trabajo
- 5. Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo 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 o tutela
- 8. Otros documentos _____

Recibí

Firma

DILIGENCIA DE COMPULSA

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.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de Mutua Montañesa, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 7.

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.

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: Cumplimente los datos solicitados. Si el menor a cumplido 14 años el dato del DNI/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 Están exentas en todo el territorio nacional las rentas por prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, conforme a lo que establece el artículo 7.z) de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF y, en la Comunidad Foral de Navarra, mediante la modificación introducida por la Ley Foral 25/2016, de 28 de diciembre, con efectos del 1 de enero de 2017, del artículo 7.k), cuarto párrafo del Texto Refundido de la Ley Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio.

5.2 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 determinados plazos. Si desea que se le envíen a un apartado de correos también puede indicarlo.

5.3 La información telemática sólo debe cumplimentarla si desea recibir la información por tales medios.

6.ALEGACIONES. Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no venga recogido en la solicitud, indíquelo en este apartado de la forma más breve y clara posible.

7.DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN: Ponga especial cuidado al rellenar las casillas del "código cuenta cliente (CCC)", al objeto de evitar problemas a la hora de hacer el ingreso.

MUTUA MONTAÑESA 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. 70y 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 la delegación de Mutua Montañesa más cercana a su domicilio.

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:
 - a. Españoles: Documento nacional de identidad (DNI).
 - b. 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. Además, de fotocopia del Certificado de Residencia para aquellos solicitantes no residentes en España.
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:
 - a. 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.
 - b. 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.
7. Documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria en el que aparezcan los 24 dígitos del IBAN. (El titular deberá coincidir con el solicitante).

SOLO EN EL CASO DE TRABAJADORES RESPONSABLES DEL INGRESOS DE CUOTAS

Declaración del porcentaje de parcialidad de la jornada de trabajo.

OTROS DOCUMENTOS:

1. 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.
2. 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.
3. Si el otro progenitor no pertenece al Sistema de la Seguridad Social debe aportar, en su caso:
4. 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
5. Certificado del Colegio Profesional al que pertenezca, si se trata de una actividad profesional.

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADO POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D./D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____ que desempeña en la empresa el cargo de _____

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización	
Domicilio habitual			
Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono

2. DATOS DEL TRABAJADOR/A

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación Seg. Social	Fecha de Nacimiento
Domicilio habitual		
Código Postal	Localidad	Provincia
Fecha inicio jornada reducida	Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)	
¿Es empleado público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Percibe sus retribuciones completas por este concepto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA

A. BASES DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR (EXCLUYENDO LOS CONCEPTOS DEL APARTADO B.)

Base de contingencias profesionales	Nº de días	Observaciones
--------------------------------------------	-------------------	----------------------

B. COTIZACIONES DE LOS 12 MESES INMEDIATAMENTE ANTERIORES

Por horas extraordinarias	Por otros conceptos	Observaciones
----------------------------------	----------------------------	----------------------

EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL O FIJO DISCONTINUO se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al de reducción de jornada.

Año	Mes	Días	Base de contingencias profesionales	Observaciones
Totales				



**Mutua
Montañesa**
Muy fácil

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO

Trabajador <input type="checkbox"/> Fijo/a <input type="checkbox"/> Eventual	Salario real del/de la trabajador/a (€/día)
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma



**Mutua
Montañesa**
Muy fácil

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR/A RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS, SOBRE REDUCCIÓN DE JORNADA DE TRABAJO PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D./D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____,
número de la Seguridad Social _____, y domicilio en _____
_____.

DECLARA

Que su actividad económica, oficio o profesión es _____, con domicilio en _____.

Que en razón de la misma se encuentra incluido/a en el régimen especial de _____.

Y que para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un (al menos un 50%) _____%.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma

ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES, SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO ÁMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

D./D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____,
número de la Seguridad Social _____

Y

D./D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____,
número de la Seguridad Social _____

como progenitores/adoptantes/tutores del menor y reuniendo ambos los requisitos establecidos en el art 135 quater del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por el Real Decreto Legislativo 1/1994,

ACUERDAN

que sea D/D^a _____ quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará con fecha _____ de _____ de 20____.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma por ambos progenitores

INFORME PARA EL CUIDADO DEL MENOR AFECTADO POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS DEL PROGENITOR/A, ADOPTANTE, ACOGEDOR/A

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación Seg. Social	Fecha de Nacimiento
Domicilio habitual		
Código Postal	Localidad	Provincia

2. DATOS DEL MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Fecha de Nacimiento	
Ingreso hospitalario en la localidad de		
Afectado por		
<input type="checkbox"/> Que requirió ingreso hospitalario con fecha _____		
<input type="checkbox"/> Que requiere tratamiento continuado de la enfermedad por un tiempo estimado desde ____ de _____ de 20____, hasta ____ de _____ de 20____.		

3. DATOS DEL FACULTATIVO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Número de colegiado		

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma