Mutua Montañesa
Mmuy fácil

# 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 IPF[1]** ☐ |
| **Relación con el menor**<br>☐ **Progenitor**<br>☐ **Acogedor preadoptivo/permanente**<br>☐ **Tutor** | | |
| **Datos de la unidad familiar, ¿es familia monoparental[2]?** ☐ **SI** ☐ **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 o propia?** ☐ **SI** ☐ **NO** | | |
| **Pertenece en razón de su actividad al**<br>☐ **Régimen General de la Seguridad Social**<br>☐ **Régimen Especial de** _____<br>☐ **Otros** _____ | | |
| **¿Convive con el solicitante?** ☐ **SI** ☐ **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*

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

## 4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

| INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR | |
|---|---|
| **Fecha del ingreso hospitalario del menor** | |
| **¿Se ha reducido la jornada laboral?** | ☐ **SI** ☐ **NO** |
| **Fecha de inicio de la jornada reducida** | |
| **Porcentaje de reducción (al menos 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**<br>☐ **Tabla general. Número de hijos _____**<br>☐ **Tabla pensionistas**<br>☐ **Tipo voluntario _____ %** | |

### 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

| |
|---|
| |

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

## 7. DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN (CUENTA CORRIENTE)

| ENTIDAD | | | | OFICINA/SUCURSAL | | | | CONTROL | | NÚMERO DE CUENTA (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 a la Mutua Montañesa, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº7, 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.

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma

Mutua Montañesa
Mmuy fácil

**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.