FREMAP

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Fecha de Entrada

A rellenar por FREMAP

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.
Muy importante: la prestación económica que solicita no podrá reconocerse si previamente no le ha sido extendido por FREMAP el certificado médico en el que se establezca la existencia del riesgo para el embarazo o la lactancia natural.

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre:

DNI Correo electrónico

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Fecha de inicio de la suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha probable del parto

☐ RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Fecha de inicio de la suspensión del contrato

Fecha de cese de la actividad (cuenta propia)

Fecha nacimiento del hijo

En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible:

3. SITUACIÓN PROTEGIDA

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado o mantenido desde que FREMAP le emitió el certificado médico de la situación de riesgo:

Fecha de la baja médica	Fecha del alta médica	¿La baja tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia?
		☐ SI NO
		☐ SI NO
		☐ SI NO

(Si ha contestado que sí ha tenido algún proceso de incapacidad temporal relacionado con su situación de embarazo o lactancia, le rogamos aporte la información médica de que disponga en la revisión con el facultativo de FREMAP).

4. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable sólo si es superior al que reglamentariamente proceda)

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

☐ Tabla general. Número de hijos: ☐ Tabla de pensiones Tipo voluntario

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Fecha de Entrada

A rellenar por FREMAP

5. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Banco IBAN:

Dirección de la Sucursal:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CON FINES ADMINISTRATIVOS

Al amparo de los artículos 6.1 a) y 9.2 a) del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, FREMAP, como Responsable del tratamiento, solicita su autorización para la comunicación con su empresa que se indica a continuación, que si bien no está específicamente prevista en la Ley pueden ser necesaria para un más inmediato cumplimiento de las obligaciones que corresponden al empresario y una más ágil gestión de las prestaciones de Seguridad Social que competen a la Mutua, informándole que el consentimiento es libre y voluntario por lo que la no prestación del mismo o su retirada no ocasionará ninguna consecuencia adversa, si bien el reconocimiento de las prestaciones que pudieran corresponderle podrían demorarse por causas ajenas a FREMAP.

Se solicita su consentimiento para recabar de su empresa -o la persona física o jurídica que realice por cuenta de esta gestiones administrativas- los datos económicos necesarios para la determinación del subsidio de incapacidad temporal que pueda corresponderle, con la finalidad de comprobar de manera inmediata la corrección del cálculo de las prestaciones económicas a las que usted pueda tener derecho

Tipo de datos que se tratarán: Datos identificativos y económicos (recibos de salarios y documentos de cotización).

NO doy mi consentimiento ☐ SI doy mi consentimiento. ☐

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

En , a de de

(Firma del trabajador)

Verifique que los datos de contacto facilitados son correctos y se encuentran actualizados, ya que podrán ser utilizados por FREMAP para realizar las comunicaciones necesarias relacionadas con la gestión y el seguimiento de su prestación, tanto por medios electrónicos como postales.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda –MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pu-dieran corresponder de acuerdo con la normativa vigente, siendo el tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. (artículo 6.1 c) y, en su caso, artículo 9.2 b) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

(www.aepd.es)

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Fecha de Entrada

A rellenar por FREMAP

DECLARACIÓN DEL TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

D/Dª.

con DNI/NIE/TIE en calidad de titular del hogar familiar con núm. de C.C.C.

domicilio

núm. Localidad C. Postal Provincia

Teléfono Correo Electrónico

DECLARA que:

Dª.

empleada de este hogar familiar con núm. de la Seguridad Social y DNI/NIE/TIE

1. Que en relación con la posibilidad de adaptación del puesto de trabajo o con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado (1).

2. Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes:

3. Por ello, se ha decidido que la suspensión del contrato de trabajo se inicie con fecha:

En , a de de

(Firma el titular del hogar familiar)

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado. (Volver al punto 1)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

NOTA: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

FREMAP

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Deberá acreditar su identidad con la firma de esta solicitud mediante certificado digital o, en su defecto, con la presentación en persona del original del DNI o documento oficial que lo sustituya, que será cotejado por FREMAP y le será devuelto (por favor, en ningún caso debe aportarse con el resto de documentación fotocopia del DNI). En lugar de lo indicado, para evitar la personación física en las oficinas de FREMAP, podrá optar por aportar un certificado actualizado de la titularidad de la cuenta corriente que ha consignado para el abono de la prestación, debiendo aparecer como titular en dicho certificado o, en su defecto, un recibo bancario con algún cargo, de fecha no anterior al mes previo a la solicitud, en el que conste completo el IBAN y su titularidad de la cuenta corriente de cargo.
2. En el caso de trabajadoras embarazadas, informe actualizado del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto, para el supuesto de que en el certificado médico emitido por FREMAP no se hubiese considerado presente el riesgo en el momento de su solicitud, pero si la posibilidad de concurrencia en una fecha posterior.
3. Declaración de la empresa o de la trabajadora autónoma sobre la inexistencia de puestos de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora. Si la trabajadora por cuenta propia presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, la declaración deberá ser cumplimentada por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente.
4. En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
   a. Informe del Servicio de Vigilancia de la Salud de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora (artículo 39.4.b. del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo).
   b. Certificado de cotizaciones de la empresa.
5. En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
   a. Declaración de situación de la actividad (no aplicable a las trabajadoras del SETA y a las TRADE).
   b. Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico. De no aportarse los recibos correspondientes al mes en que se suspenda la actividad o el del mes previo a éste, se presumirán abonados pero la mutua deberá proceder a comprobarlo con posterioridad, reclamando en su caso las prestaciones indebidamente percibidas.
6. En el caso de las empleadas del hogar:
   a. Declaración del titular del hogar familiar, que se adjunta con este formulario.
   b. Certificado de cotizaciones del empleador, mediante el formulario que le entregará FREMAP.
7. Y el modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado (excepto País Vasco y Navarra, supuestos en los que debe acompañarse, en su lugar, fotocopia del Libro de Familia para acreditar la fecha de nacimiento de los hijos).

FREMAP INFORMA

La trabajadora estará obligada a comunicar a FREMAP cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o a la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL. SISTEMA ESPECIAL DE EMPLEADOS DE HOGAR

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

D./Dª. ..... con DNI - NIE - pasaporte .....
en calidad de empleador

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a las circunstanc ias personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de ..... (1)

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Apellidos y nombre				Código de cuenta de cotización		
Domicilio habitual: (calle, plaza...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Teléfono

20251205

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A (2)

Apellidos y nombre		Núm. de la Seguridad Social
DNI - NIE - pasaporte	Teléfono	Tipo de contrato: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial/Fijo discontinuo ☐
Tramo de cotización		Fecha de inicio de la actividad laboral con el empleador
Fecha de la interrupción de la actividad laboral (3)		En su caso, fecha prevista para la finalización del contrato de trabajo:

C-133 cas V.7

En caso de solicitar la prestación de nacimiento y cuidado de menor, indique las fechas de los periodos de disfrute de la prestación:

Periodo de descanso obligatorio:

Fecha inicio (3) período obligatorio ..... Fecha fin (4) período obligatorio .....

Siguientes periodos de descanso:

Fecha inicio siguiente periodo ..... Fecha fin (4) siguiente periodo ..... Porcentaje jornada de trabajo (5) ..... %

Fecha inicio siguiente periodo ..... Fecha fin (4) siguiente periodo ..... Porcentaje jornada de trabajo (5) ..... %

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A (cont.)

BASES DE COTIZACIÓN DE LOS MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE LA PRESTACIÓN o, en su defecto, del mismo mes (6)			
Año	Mes	Número de días cotizados	Base de cotización por contingencias comunes y profesionales

Observaciones

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

Firma del empleador

20251205

C-133 cas V.7

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

Este certificado se utilizará para las solicitudes de prestaciones de los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General incluidos en el Sistema Especial de Empleados de Hogar. Si el/la solicitante estuviera trabajando para varios empleadores se aportarán tantos certificados como sean necesarios.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN PARA EL EMPLEADOR

(1) El empleador identificará la finalidad de la expedición del certificado a efectos de la prestación de la Seguridad Social que se pretende solicitar (Incapacidad temporal, Nacimiento y cuidado de menor, Riesgo durante el embarazo, Riesgo durante la lactancia natural y Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave).

(2) En el apartado 2. Datos del Trabajador, se pondrán todos los datos personales del empleado de hogar, necesarios para este certificado.

(3) Debe indicar la fecha que corresponda, según la prestación solicitada:

- En la incapacidad temporal, la baja médica.
- En prestación por nacimiento y cuidado de menor, téngase en cuenta que en caso de parto, en el supuesto que el mismo día del parto la trabajadora haya realizado actividad laboral, el inicio del descanso por nacimiento y cuidado de menor y consiguiente prestación tiene lugar el día siguiente al del parto.
- En los riesgos durante el embarazo /lactancia natural, la suspensión del contrato de trabajo por esta causa.
- En prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, la de inicio de la reducción de jornada.

(4) En caso de modificación posterior del período de descanso certificado inicialmente, deberán cumplimentar un nuevo certificado indicando el período de descanso definitivo.

(5) El cálculo se efectuará dividiendo las horas semanales acordadas en jornada parcial por las horas semanales realizadas con anterioridad en jornada completa. El resultado se multiplicará por 100.

(6) En incapacidad temporal, riesgos durante el embarazo/lactancia natural, cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave:

- si se trata de un contrato a tiempo completo, se deberá incluir la base de cotización del mes inmediatamente anterior;
- Si se trata de un contrato a tiempo parcial/fijo discontinuo, se deberán incluir las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al mes previo al de la baja médica, o al de la suspensión del contrato de trabajo, o al inicio de la reducción de jornada.

En prestación por nacimiento y cuidado de menor:

- si se trata de un contrato a tiempo completo, se deberá incluir la base de cotización del mes inmediatamente anterior al mes previo al del inicio del descanso;
- si se trata de un contrato a tiempo parcial/fijo discontinuo, se deberán incluir las bases de cotización de los 12 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del inicio del descanso.

20251205

C-133 cas V.7

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas — Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo **145**

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF | Apellidos y Nombre | Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento . 1 ☐
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas ..... 2 ☐

  NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) .....
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) ..... 3 ☐
  (Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) — Igual o superior al 33% e inferior al 65% ..... ☐ — Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida ..... ☐ — Igual o superior al 65% ..... ☐

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado .....

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta ..... ☐

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Cómputo por entero de hijos o descendientes
En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Convivencia con otros descendientes
Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	
.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla ..... ☐

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: _____

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D / D.ª _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas — Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo **145**

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF | Apellidos y Nombre | Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento . 1 ☐
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas ..... 2 ☐

  NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) .....
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) ..... 3 ☐
  (Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) — Igual o superior al 33% e inferior al 65% ..... ☐ — Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida ..... ☐ — Igual o superior al 65% ..... ☐

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado .....

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta ..... ☐

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	**Hijos o descendientes con discapacidad** (grado de discapacidad reconocido). Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.			**Cómputo por entero de hijos o descendientes.** En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.
		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Año de nacimiento	**Ascendientes con discapacidad** (grado de discapacidad reconocido). Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.			**Convivencia con otros descendientes.** Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).
	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	
.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐
.....	..... ☐	..... ☐	..... ☐	..... ☐

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla ..... ☐

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: _____

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D / D.ª _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para el perceptor