FREMAP

*Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61*

Data d'Entrada

Ha de ser emplenat per FREMAP

# SOL·LICITUD DE PAGAMENT PER FREMAP DEL SUBSIDI D'INCAPACITAT TEMPORAL TREBALLADORS PER COMPTE D'ALTRI

Empleni aquest imprès de la forma més exacta possible perquè així facilitarà el tràmit de la seva prestació.
Abans de començar a escriure llegiu detingudament tots els apartats, així com les instruccions d'emplenament.

**Molt important:** Si el motiu del pagament directe de la prestació és l'extinció de la relació laboral o un període d'inactivitat de treballador fix discontinu, el període que aboni la mútua es descomptarà de la prestació de desocupació a què pugui tenir dret el beneficiari (article 283 de la Llei General de la Seguretat Social), quan es tracta d'incapacitat temporal derivat de contingències comunes o, només en el cas de recaiguda d'una baixa mèdica anterior, si deriva de contingències professionals.

## 1. DADES PERSONALS

NIF/NIE/PASSAPORT: NÚM. d'Afiliació:

Sexe: ☐ Home ☐ Dona Cognoms i nom:

Data de naixement: Adreça electrònica:

Telèfon mòbil:

Direcció habitual

País: Província: Població:

Província: Codi postal:

Tipus de via: Vía: NÚM. de la v

Bis: Si ☐ No ☐ Bloc: Escala: Pis: Porta:

**DADES DE LA PERSONA QUE FORMULA LA SOL·LICITUD DEL BENEFICIARI, QUE ACTUA COM:**

◯ Representant legal ◯ Curador o defensor judicial ◯ Guardador de fet

DNI/NIF: Cognoms i nom:

Adreça electrònica: Telèfon:

País: Província: Població:

Província: codi postal:

Tipus de via Vía: NÚM. de la vi

Bis:Si ☐ ☐No Bloc: Escala: Pis: Porta:

## 2. 2. DADES DE LA PRESTACIÓ

Data de la baixa mèdica:

Incapacidad Incapacitat temporal derivada de:

☐ Malaltia Comuna ☐ Accident no laboral ☐ Malaltia Professional ☐ Accident de Treball

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

## 3. MOTIU DE LA SOL·LICITUD

Feu constar la causa que correspongui:

1. ☐ Extinció de la relació laboral

   Data d'extinció:

   * Indicar si és vosté treballador pluriocupat ☐

   * Indicar si la seva antiguitat en l'empresa és menor a 180 dies ☐

   * Si és vosté treballador del sistema especial agrari, indicar el tipus de cotització

   Cotització jornades reals: ☐ Cotització mensual: ☐

   **** Només registre aquesta informació si es tracta d'un procés de Contingència Comuna***

2. ☐ Empreses de menys de 10 treballadors i més de 6 mesos d'IT

   Data Inici abonament I.T

3. ☐ Per esgotar termini màxim la situació d'IT-inici d'expediente d'incapacitat permanent

   Data Inici abonament I.T

4. ☐ Incumplimiento obligació empresarial

   Data des de: Data fins a:

5. ☐ Sistema especial agrari

   Indicar el tipus de cotització

   Cotització jornades reals: ☐ Cotització mensual: ☐

6. ☐ Sistema especial Llar

7. ☐ Règim especial del Mar grup segon o tercer

8. ☐ Sistema especial Artistes o Taurins

9. ☐ Representant de comerç

10. ☐ Fi de campanya fixos-discontinus

    Data fi campanya:

    * Indique si és treballador amb pluriocupació ☐

    * Indique si la seva antiguitat en l'empresa és inferior a 180 dies ☐

    * Si és treballador del sistema especial agrari, indique el tipus de cotització

    Cotització per jornades reals: ☐ Cotització mensual: ☐

    **** Només registre aquesta informació si es tracta d'un procés de Contingència Comuna***

11. ☐ Jubilació parcial

    Data jubilació parcial:

12. ☐ ERTO total

    Data d'inici Data fi:

13. ☐ ERTO parcial

    Data d'inici: Data fi:

14. ☐ Recaiguda en desocupació

    Data d'extinció relació laboral

    Indicar si ha cobrat desocupació contributiva ☐

    Si és vosté treballador del sistema especial agrari, indicar el tipus de cotització

    Cotització jornades reals: ☐ Cotització mensual: ☐

15. ☐ Rehabilitació de l'IT després d'haver-se suspés per incompareixença a reconeixements mèdics.

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

**REGISTRE DE DADES SOBRE FILLS MENORS DE 26 ANYS O MAJORS INCAPACITATS PER AL CÀLCUL DE LÍMITS MÀXIM i MÍNIMS EN CAS D'EXTINCIÓ DE RELACIÓ LABORAL O PERÍODE D'INACTIVITAT DE TREBALLADOR FIX DISCONTINU.** Aplica a:

- En contingències comunes, casos de treballadors per a què s'hagi extingit la relació laboral o siguin fixos discontinus que es trobin en període d'inactivitat.
- Recaigudes en desocupació, tant en contingències professionals com comunes.
- Ertes totals en contingències comunes.

| Cognoms | Nom | Data de naixement | IPF | Grau de discapacitat | Convivència | Existix obligació d'aliments o sosté econòmicament al familiar | Rendes Totals (exclosa la part proporcional de pagues extraordinàries *) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* Per a treball per compte d'altri i rendiments de capital i/o altres rendes es computarà el rendiment brut. Per a treball per compte propi i activitats professionals i empresarials es computarà el rendiment net.

## 4. DADES FISCALS

Tipus voluntari de retenció per IRPF % (només és aplicable si és superior a què reglamentàriament procedeixi)

Informe la seva direcció fiscal si és diferent a l'habitual:

País: Província: Població:

Província: codi postal:

Tipus de via: Vía: NÚM. de la v

Bis: Si ☐ No ☐ Bloc: Escala: Pis: Porta:

Si la seva residència fiscal està en TERRITORI FORAL, indiqueu els fills i altres descendents a l'efecte de retenció per IRPF

| Any de naixement | Any d'adopció (*) | Discapacitat | Mobilitat reduïda | Computat per assabente |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* *Només en el cas de fills adoptats o de menors acollits. Tractant-se de fills adoptats que prèviament haguessin estat acollits, indiqueu l'any de l'acolliment

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

**5. ENTITAT FINANCERA DE COBRAMENT (Els pagaments es faran per transferència bancària i, en el cas de sol·licitud per un guardador de fet, el titular del compte corrent haurà de ser necessàriament el treballador beneficiari de la prestació)**

IBAN

***DECLARO***, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades en ella expressats que pogués produir-se d'ara endavant, i SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que es doni curs a la meva petició de prestació per Incapacitat Temporal, adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seva millor resolució.

En , a de de

(Signatura del sol·licitant)

Verifique que les dades de contacte facilitades són correctes i es troben actualitzades, ja que podran ser utilitzades per FREMAP per a realitzar les comunicacions necessàries relacionades amb la gestió i el seguiment de la seua prestació, tant per mitjans electrònics com postals.

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i remès per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li informem que les dades personals facilitades seran tractats, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, NÚM. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo NÚM. 61, 28.222 Majadahonda – MADRID.
La finalitat de la recollida i tractament de les seves dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li poguessin correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) de l'esmentat Reglament).
De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, llevat d'imperatiu legal i que les seves dades es conservaran durant el temps necessari per complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.
Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació addicional sobre el tractament de les seves dades en www.fremap.és.

Igualment se li informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

FREMAP

*Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61*

# INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

- Escriviu amb claredat i en lletres majúscules.
- Demaneu l'assessorament i l'ajuda del personal de FREMAP davant de qualsevol dubte.

## DOCUMENTACIÓ A APORTAR

1. Aquesta sol·licitud haurà de ser signada mitjançant certificat digital o amb signatura original o presencial a les instal·lacions de FREMAP, fins i tot quan s'hagués tramitat de manera anticipada mitjançant la plataforma FREMAP CONTIGO. En el cas que la signatura no sigui mitjançant certificat digital, s'haurà d'acreditar la identitat del sol·licitant amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substitueixi, que serà contrastat per FREMAP i retornat (si us plau, en cap cas s'ha d'aportar una fotocòpia del DNI amb la resta de la documentació). Si s'envia la sol·licitud amb la signatura original, es podrà evitar la presència física a les oficines de FREMAP per acreditar la identitat del sol·licitant mitjançant l'aportació d'un certificat actualitzat del compte corrent que s'hagi indicat per a l'abonament de la prestació, havent de constar com a titular en aquest certificat o, en defecte d'això, un rebut bancari amb algun càrrec, amb data no anterior al mes previ a la sol·licitud de la prestació, en què consti complet l'IBAN i la titularitat del compte corrent de càrrec.
2. Si la sol·licitud es formula per persona diferent del treballador beneficiari, documentació acreditativa de la representació legal, curatela, defensa judicial o guarda de fet (en aquest últim supòsit, la condició de guardador de fet pot acreditar-se mitjançant llibre de família – que justifiqui, si escau, la relació de parentesc entre guardador i beneficiari-, certificat d'empadronament o documentació que acrediti la convivència, així com aquells documents de què es desprengui clarament tal condició)
3. Documentació addicional:
   a. En supòsits d'extinció de la relació laboral o d'inici d'un període d'inactivitat laboral del treballador fix discontinu:
      i. Certificat de cotitzacions de l'última empresa.
   b. Únicament per a contingències comunes, llibre de família per aplicar els límits de desocupació contributiu.
   c. Si l'antiguitat en l'última empresa és menor a 180 dies i únicament per a contingències comunes, informe de vida laboral i certificat de cotitzacions emesos per Tresoreria General de Seguretat Social.
4. En supòsits de pagament directe diferents a extinció de relació laboral.
   i. Certificat d'empresa per justificar la procedència de pagament directe i la base reguladora de la prestació
5. Empleats de la llar
   i. Certificat de l'ocupador.
6. Treballadors del règim especial agrari
   i. Certificat de cotitzacions de l'última empresa.
7. Fotocòpia de la nòmina del mes de la baixa i fins a 3 anteriors si estava d'alta en l'empresa durant aquest període.
8. Únicament per a contingències comunes, informe de vida laboral i certificat de cotitzacions emesos per Tresoreria General de Seguretat Social.
9. Així mateix, en cas d'extinció de la relació laboral i únicament per a contingències comunes, llibre de família (per aplicar els límits de desocupació contributiu) i certificat de jornades reals dels últims 6 anys emès per la Tresoreria General de la Seguretat Social.
10. En cas de recaiguda en desocupació, veure punt següent.
11. Recaiguda en desocupació
    i. Llibre de família per aplicar els límits de desocupació contributiu.
12. Si no ha cobrat desocupació, informe de vida laboral i certificat de cotitzacions emesos per Tresoreria General de Seguretat Social.
13. Si ha cobrat desocupació, resolució del servei públic de treball.
14. Si es cotitza per jornades reals en el sistema especial agrari i no s'ha cobrada desocupació, certificat de jornades reals dels últims 6 anys emès per la Tresoreria General de la Seguretat Social.
15. ERTO total o parcial (expedients temporals de regulació de treball)
    i. Acord erto.
16. Resolució prestació de desocupació.
17. Llibre de família únicament per a contingències comunes i en cas de erto total per aplicar els límits de desocupació contributiu.
18. El model 145 de situació a l'efecte d'IRPF degudament emplenat (llevat del País Basc i Navarra).
19. En cas que la sol·licitud es formuli pel guardador de fet, fotocòpia d'un document bancari en què consti el treballador beneficiari com a titular del compte corrent en què s'ingressarà la prestació

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

## INFORMACIÓ SOBRE LA SISTEMÀTICA D'ABONAMENT DE LA PRESTACIÓ

El pagament del subsidi d'incapacitat temporal es farà mitjançant transferència bancària al compte corrent que ha consignat en aquesta sol·licitud.

Per a això NO haurà de presentar davant FREMAP els comunicats de confirmació que li siguin emesos pel metge que l'atén durant la seva baixa mèdica.

Les transferències bancàries es faran l'últim dia hàbil de cada mes, d'acord amb la programació que s'indica a continuació:

### Calendari de pagaments de totes les prestacions econòmiques periòdiques durant 2026:

**Nota: En aquestes dates, FREMAP emet l'ordre de transferència bancària, podent rebre l'abonament en el compte corrent del beneficiari al següent dia hàbil.**

El període que s'abonarà serà fins al dia 23 de cada mes.

**FULL PER AL TREBALLADOR BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ**

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Esborrar

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

# CERTIFICAT D'EMPRESA PER A LA SOL·LICITUD D'INCAPACITAT TEMPORAL

Registre de l'INSS

Pot sol·licitar este tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tant amb certificat digital com amb Cl@ve permanent. Si no disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà fer el tràmit en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

El Sr./La Sra. ..... amb DNI, NIE o passaport .....

que té en l'empresa el càrrec següent: .....

CERTIFICA que les dades relatives a l'empresa, i també les personals, professionals i de cotització que es consignen a continuació són certes:

## 1. DADES DE L'EMPRESA

| Nom o raó social | | | | | | Codi de compte de cotització |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Domicili habitual: (carrer, plaça) | Número | Bloc | Escala | Pis | Porta | Codi postal |
| Localitat | Província | | | | | Telèfon |

## 2. DADES DEL/DE LA TREBALLADOR/A

| Cognoms i nom | | | | | | DNI -NIE - passaport |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Domicili habitual: (carrer, plaça) | Número | Bloc | Escala | Pis | Porta | Codi postal |
| Localitat | Província | | Número de la Seguretat Social | | | Grup de cotització |

**DADES LABORALS**

| Professió | Categoria | Data d'alta en l'empresa | Data de baixa en l'empresa |
|---|---|---|---|
| Data de l'extinció del contracte de treball | Tipus de contracte(1) | Causa de l'extinció del contracte de treball(2) | |

Té dies de vacacions anuals retribuïdes i no gaudides?(3) SÍ ☐ NO ☐ Nombre de dies ..... des de ..... fins a .....

**DADES DE LA INCAPACITAT TEMPORAL**

Data de la baixa mèdica ..... Últim informe de confirmació abonat Número: ..... Data: .....

**BASES DE COTITZACIÓ DEL MES ANTERIOR AL DE LA BAIXA MÈDICA**(4) **(**en cas d'un contracte a temps parcial/fix discontinu es certificaran els 3 mesos immediatament anteriors al mes previ de la baixa mèdica)

| Any | Mes | Nombre dies cotitzats | Base de cotització contingències comunes | Base AT/EP | Observacions(5) |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | | | | | ..... |
| ..... | | | | | ..... |
| ..... | | | | | ..... |

## 3. BASES DE COTITZACIÓ PER CONTINGÈNCIES COMUNS I PER AT/EP, DURANT ELS ÚLTIMS 180 DIES PRECEDENTS A LA FINALITZACIÓ DE LA RELACIÓ LABORAL

| Any | Mes(6) | Nombre dies cotitzats(7) | Base de cotització de contingències comunes | Base AT/EP(8) |
|---|---|---|---|---|
| ..... | | | | ..... |
| ..... | | | | ..... |
| ..... | | | | ..... |
| ..... | | | | ..... |
| ..... | | | | ..... |
| ..... | | | | ..... |
| Per vacacions anuals retribuïdes i no gaudides abans de la data de la finalització de la relació laboral (9) | | | | |
| **TOTALS** | | | | |

..... , ..... de/d' ..... de 20 ....

Firma i segell

20250529

C-034 val V.4

## NORMATIVA REFERENT AL CERTIFICAT

En els casos de sol·licitud de pagament directe per extinció de la relació laboral, així com per finalització de campanya, en els casos de fixes discontinus, es precisen les bases de cotització per les quals s'haja cotitzat durant els últims 180 dies, dins dels 6 anys anteriors a l'extinció de l'últim contracte o a la data de finalització de la campanya, per la qual cosa, si el/la sol·licitant haguera treballat en diverses empreses, aportarà tants certificats com siguen necessaris per completar el període indicat.

En cas de pluriocupació, cal aportar un certificat amb les bases de cotització del mes anterior a la baixa mèdica i amb les cotitzacions dels 180 dies anteriors a la primera extinció, en cada una de les empreses, encara que la relació laboral únicament s'haja finalitzat en una de les empreses.

## INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT

(1) En este apartat s'ha d'indicar si el tipus de contracte és indefinit, per obra, eventual, temporal, fix-discontinu, administratiu, etc.

(2) Per extinció del contracte durant el període de prova, finalització del contracte, a instància de l'empresari (acomiadament procedent, improcedent o per causa objectiva), expedient de regulació d'ocupació, etc., per períodes d'inactivitat productiva en els casos dels fixes discontinus.

En el supòsit de finalització d'un contracte temporal, s'ha d'indicar el motiu pel qual no s'ha prorrogat (per voluntat de l'empresari o per voluntat del treballador/a).

Si el cessament ha sigut en un contracte d'interinitat, s'ha d'indicar si ha sigut per causa de la incorporació del treballador el lloc del qual s'estava ocupant o per un altre motiu.

(3) En este apartat s'ha d'indicar, si n'hi ha, el període que correspon a les vacacions anuals retribuïdes que no s'haja gaudit abans de la finalització de la relació laboral, segons es disposa en l'article 268.3 del text refós de la Llei General de la Seguretat Social, aprovat pel Reial Decret Legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre (BOE del dia 31).

La cotització de les vacacions no gaudides és objecte de liquidació complementària a la del mes de l'extinció del contracte, d'acord amb el que disposa la disposició addicional segona de l'Orde TAS/118/2003, de 31 de gener, per la qual es despleguen les normes de cotització a la Seguretat Social, desocupació, fons de garantia salarial i formació professional.

(4) Este apartat únicament ha d'emplenar-se (sempre que el mes anterior a la baixa mèdica no figure, per ser més antic, entre els que s'hagen certificat durant els últims 180 dies precedents a la finalització de la relació laboral) en els supòsits següents:

a) En cas de pluriocupació, s'ha d'aportar un certificat amb les bases de cotització del mes anterior a la baixa mèdica i amb les cotitzacions dels 180 dies anteriors a la primera extinció, en cada una de les empreses, encara que la relació laboral únicament s'haja finalitzat en una empresa.

b) En tots els supòsits de finalització de la relació laboral, incloent-hi el procedent de pluriocupació, en els quals tinga dies de vacacions anuals retribuïdes i no gaudides.

c) En cas d'esgotament del termini màxim de duració de la incapacitat temporal.

En el cas de tractar-se d'un contracte a temps parcial/ fix discontinu, hauran de certificar-se els tres mesos immediatament anteriors al mes previ al de la baixa mèdica, sempre i quan no figuren entre els que s'han certificat en els 180 dies precedents a la finalització de la relació laboral.

(5) En este apartat s'ha d'indicar qualsevol altra circumstància especial referida a la cotització (vaga, suspensió per sanció sense faena i sou, etc.)

(6) En este apartat s'han d'indicar els mesos precedents a la situació de finalització de la relació laboral.

(7) Els dies que s'han d'indicar en este apartat com a cotitzats, corresponents als 6 últims mesos, són els que efectivament s'hagen cotitzat, ja siguen mesos de 28, 29, 30 o 31 dies.

En cas que la finalització de la relació laboral es produïsca enmig d'un mes, s'ha d'indicar el nombre de dies exacte fins a la data de la situació esmentada que corresponen a eixe mes, i s'hi han d'afegir els necessaris del mes anterior als sis últims mesos fins a completar un total de 180 dies.

(8) Les percepcions per hores extraordinàries s'exclouen de les bases de cotització.

(9) Si no hi ha vacacions anuals retribuïdes i no gaudides abans del cessament, o corresponen a una relació laboral inferior a 12 dies, s'ha d'anotar un zero en este apartat. Si n'hi ha, en tot cas, s'han d'arredonir a l'enter superior.

20250529

C-034 val V.4

# Impost sobre la Renda de les Persones Físiques  Retencions sobre rendiments del treball

# Comunicació de dades al pagador (article 88 del Reglament de l'IRPF)

Model **145**

Si prefereix no comunicar a l'empresa o entitat pagadora alguna de les dades a què es refereix aquest model, la retenció que se li practiqui podria resultar superior a la procedent. En aquest cas, pot recuperar la diferència, si escau, en presentar la declaració de l'IRPF corresponent a l'exercici de què es tracti.

**Atenció**: la inclusió de dades falses, incompletes o inexactes en aquesta comunicació, així com la falta de comunicació de variacions en aquestes dades que, d'haver estat conegudes pel pagador, haguessin determinat una retenció superior, constitueix una infracció tributària sancionable amb una multa del 35% al 150% de les quantitats que s'haguessin deixat de retenir per aquesta causa. (Article 205 de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària).

## 1. Dades del perceptor que efectua la comunicació

NIF | Cognoms i nom | Any de naixement

**Situació familiar:**

- Solter/a, viudo/a, divorciat/ada o separat/ada legalment amb fills solters menors de 18 anys o incapacitats judicialment i sotmesos a pàtria potestat prorrogada o rehabilitada que conviuen exclusivament amb vostè, sense conviure també amb l'altre progenitor, sempre que sigui procedent consignar com a mínim un fill o descendent en l'apartat 2 d'aquest document ... 1
- Casat/ada i no separart/ada legalment el cònjuge del/ de la qual no obté rendes superiors a 1.500 euros anuals, excloses les exemptes ..... 2

  NIF del cònjuge (si ha marcat la casella 2, ha de consignar en aquesta casella el NIF del seu cónjuge) .....
- Situació familiar diferent de les dues anteriors (solters sense fills, casats el cònjuge del quals obté rendes superiors a 1.500 euros anuals, etc.) ..... 3
  (Marqui també aquesta casella si no vol manifestar la seva situació familiar).

**Discapacitat** (grau de discapacitat reconegut)  Igual o superior al 33% i inferior al 65% .....  A més, tinc acreditada la necessitat d'ajuda de terceres persones o mobilitat reduïda.....  Igual o superior al 65% .....

**Mobilitat geogràfica:** Si anteriorment estava en situació d'atur i inscrit a l'oficina d'ocupació i l'acceptació del lloc de treball actual ha exigit el trasllat de la seva residència habitual a un altre municipi, indiqui la data d'aquest trasllat .....

**Obtenció de rendiments amb període de generació superior a 2 anys durant els 5 períodes impositius anteriors:**
Marqui aquesta casella si en el termini que inclou els 5 períodes impositius anteriors a l'exercici al qual correspon aquesta comunicació ha percebut rendiments del treball amb període de generació superior a 2 anys, als quals, a l'efecte del càlcul del tipus de retenció, hagi estat aplicada la reducció per irregularitat prevista en l'article 18.2 de la Llei de l'impost i, no obstant això, posteriorment vostè no hagi aplicat aquesta reducció en la seva corresponent autoliquidació de l'impost sobre la renda .....

## 2. Fills i altres descendents menors de 25 anys, o majors de 25 anys si són discapacitats, que conviuen amb el perceptor

Dades dels fills o descendents menors de 25 anys (o majors de 25 anys si són discapacitats) que conviuen amb vostè i que no tenen rendes anuals superiors a 8.000 euros.

| Any de naixement | Any d'adopció o acolliment (1) | **Fills o descendents amb discapacitat** (grau de discapacitat reconegut). Si algun dels fills o descendents té reconegut un grau de discapacitat igual o superior al 33%, marqui amb una "X" la casella o caselles que corresponguin a la seva situació. | | | **Còmput per enter de fills o descendents**. En cas de fills que convisquin únicament amb vostè, sense conviure també amb l'altre progenitor (pare o mare), o de néts que convisquin únicament amb vostè, sense conviure també amb cap altre dels seus avis, indiqui-ho marcant amb una "X" aquesta casella. |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Grau igual o superior al 33% i inferior al 65% | A més, té acreditada la necessitat d'ajuda de terceres persones o mobilitat reduïda | Grau igual o superior al 65% | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Atenció:** Si té més de quatre fills o descendents, adjunti un altre exemplar amb les dades del cinquè i successius.

(1) Solament en el cas de fills adoptats o de menors acollits. Si es tracta de fills adoptats que prèviament han estat acollits, indiqui únicament l'any de l'acolliment.

## 3. Ascendents majors 65 anys, o menors de 65 anys si són discapacitats, que conviuen amb el perceptor

Dades dels ascendents majors de 65 anys (o menors de 65 anys si són discapacitats) que conviuen amb vostè durant la meitat de l'any com a mínim i que no tenen rendes anuals superiors a 8.000 euros.

| Any de naixement | **Ascendents amb discapacitat** (grau de discapacitat reconegut). Si algun dels ascendents té reconegut un grau de discapacitat igual o superior al 33%, marqui amb una "X" la casella o caselles que corresponguin a la seva situació. | | | **Convivència amb altres descendents**. Si algun dels ascendents conviu també, almenys durant la meitat de l'any, amb altres descendents del mateix grau que vostè, indiqui en aquesta casella el nombre total de descendents amb què conviuen, inclòs vostè. (Si els ascendents solament conviuen amb vostè, no empleni aquesta casella). |
|---|---|---|---|---|
| | Grau igual o superior al 33% i inferior al 65% | A més, té acreditada la necessitat d'ajuda de terceres persones o mobilitat reduïda | Grau igual o superior al 65% | |
| | | | | |
| | | | | |

## 4. Pensions compensatòries a favor del cònjuge i anualitats per aliments a favor dels fills, fixades ambdues per decisió judicial

**Pensió compensatòria a favor del cònjuge.** Import anual que vostè està obligat a satisfer per resolució judicial .....

**Anualitats per aliments a favor dels fills.** Import anual que vostè està obligat a satisfer per resolució judicial .....

## 5. Pagaments per l'adquisició o rehabilitació de l'habitatge habitual utilitzant finançament aliè, amb dret a deducció en l'IRPF

**Important:** solament poden emplenar aquest apartat els contribuents que hagin adquirit el seu habitatge habitual o hagin satisfet quantitats per obres de rehabilitació abans de l'1 de gener de 2013.

Si vostè està efectuant pagaments per préstecs destinats a l'adquisició o la rehabilitació del seu habitatge habitual pels quals hagi de tenir dret a deducció per inversió en habitatge habitual en l'IRPF i la quantia total de les seves retribucions íntegres en concepte de rendiments del treball que provinguin de tots els seus pagadors és inferior a 33.007,20 euros anuals, marqui amb una "X" aquesta casella .....

## 6. Data i signatura de la comunicació

Manifesto que sóc contribuent de l'IRPF i declaro que són certes les dades indicades més amunt i presento a l'empresa o entitat pagadora aquesta comunicació de la meva situació personal i familiar, o de la variació, als efectes que preveu l'article 88 del Reglament de l'IRPF.

A _____ , dia _____ de _____ de _____

Signatura del perceptor:

Signat: Sr. / Sra. _____

## 7. Justificant de recepció

L'empresa o entitat: _____

justifica la recepció de la comunicació i documentació.

A _____ , dia _____ de _____ de _____

Signatura autoritzada i segell de l'empresa o entitat pagadora:

Signat: Sr. / Sra. _____

D'acord amb el que disposa l'article 11 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, el perceptor tindrà dret a ser informat prèviament de l'existència d'un fitxer o tractament de dades de caràcter personal, de la finalitat de la recollida d'aquestes dades i dels destinataris de la informació, de la identitat i l'adreça del responsable del tractament o del seu representant, així com de la possibilitat d'exercir els seus drets d'accés, rectificació o cancel·lació.

**Exemplar per a l'empresa o entitat pagadora**

# Impost sobre la Renda de les Persones Físiques  Retencions sobre rendiments del treball

# Comunicació de dades al pagador (article 88 del Reglament de l'IRPF)

Model **145**

Si prefereix no comunicar a l'empresa o entitat pagadora alguna de les dades a què es refereix aquest model, la retenció que se li practiqui podria resultar superior a la procedent. En aquest cas, pot recuperar la diferència, si escau, en presentar la declaració de l'IRPF corresponent a l'exercici de què es tracti.

**Atenció**: la inclusió de dades falses, incompletes o inexactes en aquesta comunicació, així com la falta de comunicació de variacions en aquestes dades que, d'haver estat conegudes pel pagador, haguessin determinat una retenció superior, constitueix una infracció tributària sancionable amb una multa del 35% al 150% de les quantitats que s'haguessin deixat de retenir per aquesta causa. (Article 205 de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària).

## 1. Dades del perceptor que efectua la comunicació

NIF | Cognoms i nom | Any de naixement

**Situació familiar:**

- Solter/a, viudo/a, divorciat/ada o separat/ada legalment amb fills solters menors de 18 anys o incapacitats judicialment i sotmesos a pàtria potestat prorrogada o rehabilitada que conviuen exclusivament amb vostè, sense conviure també amb l'altre progenitor, sempre que sigui procedent consignar com a mínim un fill o descendent en l'apartat 2 d'aquest document ... 1
- Casat/ada i no separart/ada legalment el cònjuge del/ de la qual no obté rendes superiors a 1.500 euros anuals, excloses les exemptes ..... 2

  NIF del cònjuge (si ha marcat la casella 2, ha de consignar en aquesta casella el NIF del seu cónjuge) .....
- Situació familiar diferent de les dues anteriors (solters sense fills, casats el cònjuge del quals obté rendes superiors a 1.500 euros anuals, etc.) ..... 3
  (Marqui també aquesta casella si no vol manifestar la seva situació familiar).

**Discapacitat** (grau de discapacitat reconegut)  Igual o superior al 33% i inferior al 65% .....  A més, tinc acreditada la necessitat d'ajuda de terceres persones o mobilitat reduïda.....  Igual o superior al 65% .....

**Mobilitat geogràfica:** Si anteriorment estava en situació d'atur i inscrit a l'oficina d'ocupació i l'acceptació del lloc de treball actual ha exigit el trasllat de la seva residència habitual a un altre municipi, indiqui la data d'aquest trasllat .....

**Obtenció de rendiments amb període de generació superior a 2 anys durant els 5 períodes impositius anteriors:**
Marqui aquesta casella si en el termini que inclou els 5 períodes impositius anteriors a l'exercici al qual correspon aquesta comunicació ha percebut rendiments del treball amb període de generació superior a 2 anys, als quals, a l'efecte del càlcul del tipus de retenció, hagi estat aplicada la reducció per irregularitat prevista en l'article 18.2 de la Llei de l'impost i, no obstant això, posteriorment vostè no hagi aplicat aquesta reducció en la seva corresponent autoliquidació de l'impost sobre la renda .....

## 2. Fills i altres descendents menors de 25 anys, o majors de 25 anys si són discapacitats, que conviuen amb el perceptor

Dades dels fills o descendents menors de 25 anys (o majors de 25 anys si són discapacitats) que conviuen amb vostè i que no tenen rendes anuals superiors a 8.000 euros.

| Any de naixement | Any d'adopció o acolliment (1) | **Fills o descendents amb discapacitat** (grau de discapacitat reconegut). Si algun dels fills o descendents té reconegut un grau de discapacitat igual o superior al 33%, marqui amb una "X" la casella o caselles que corresponguin a la seva situació. | | | **Còmput per enter de fills o descendents**. En cas de fills que convisquin únicament amb vostè, sense conviure també amb l'altre progenitor (pare o mare), o de néts que convisquin únicament amb vostè, sense conviure també amb cap altre dels seus avis, indiqui-ho marcant amb una "X" aquesta casella. |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Grau igual o superior al 33% i inferior al 65% | A més, té acreditada la necessitat d'ajuda de terceres persones o mobilitat reduïda | Grau igual o superior al 65% | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Atenció:** Si té més de quatre fills o descendents, adjunti un altre exemplar amb les dades del cinquè i successius.

(1) Solament en el cas de fills adoptats o de menors acollits. Si es tracta de fills adoptats que prèviament han estat acollits, indiqui únicament l'any de l'acolliment.

## 3. Ascendents majors 65 anys, o menors de 65 anys si són discapacitats, que conviuen amb el perceptor

Dades dels ascendents majors de 65 anys (o menors de 65 anys si són discapacitats) que conviuen amb vostè durant la meitat de l'any com a mínim i que no tenen rendes anuals superiors a 8.000 euros.

| Any de naixement | **Ascendents amb discapacitat** (grau de discapacitat reconegut). Si algun dels ascendents té reconegut un grau de discapacitat igual o superior al 33%, marqui amb una "X" la casella o caselles que corresponguin a la seva situació. | | | **Convivència amb altres descendents**. Si algun dels ascendents conviu també, almenys durant la meitat de l'any, amb altres descendents del mateix grau que vostè, indiqui en aquesta casella el nombre total de descendents amb què conviuen, inclòs vostè. (Si els ascendents solament conviuen amb vostè, no empleni aquesta casella). |
|---|---|---|---|---|
| | Grau igual o superior al 33% i inferior al 65% | A més, té acreditada la necessitat d'ajuda de terceres persones o mobilitat reduïda | Grau igual o superior al 65% | |
| | | | | |
| | | | | |

## 4. Pensions compensatòries a favor del cònjuge i anualitats per aliments a favor dels fills, fixades ambdues per decisió judicial

**Pensió compensatòria a favor del cònjuge.** Import anual que vostè està obligat a satisfer per resolució judicial .....

**Anualitats per aliments a favor dels fills.** Import anual que vostè està obligat a satisfer per resolució judicial .....

## 5. Pagaments per l'adquisició o rehabilitació de l'habitatge habitual utilitzant finançament aliè, amb dret a deducció en l'IRPF

**Important:** solament poden emplenar aquest apartat els contribuents que hagin adquirit el seu habitatge habitual o hagin satisfet quantitats per obres de rehabilitació abans de l'1 de gener de 2013.

Si vostè està efectuant pagaments per préstecs destinats a l'adquisició o la rehabilitació del seu habitatge habitual pels quals hagi de tenir dret a deducció per inversió en habitatge habitual en l'IRPF i la quantia total de les seves retribucions íntegres en concepte de rendiments del treball que provinguin de tots els seus pagadors és inferior a 33.007,20 euros anuals, marqui amb una "X" aquesta casella .....

## 6. Data i signatura de la comunicació

Manifesto que sóc contribuent de l'IRPF i declaro que són certes les dades indicades més amunt i presento a l'empresa o entitat pagadora aquesta comunicació de la meva situació personal i familiar, o de la variació, als efectes que preveu l'article 88 del Reglament de l'IRPF.

A _____ , dia _____ de _____ de _____

Signatura del perceptor:

Signat: Sr. / Sra. _____

## 7. Justificant de recepció

L'empresa o entitat: _____

justifica la recepció de la comunicació i documentació.

A _____ , dia _____ de _____ de _____

Signatura autoritzada i segell de l'empresa o entitat pagadora:

Signat: Sr. / Sra. _____

D'acord amb el que disposa l'article 11 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, el perceptor tindrà dret a ser informat prèviament de l'existència d'un fitxer o tractament de dades de caràcter personal, de la finalitat de la recollida d'aquestes dades i dels destinataris de la informació, de la identitat i l'adreça del responsable del tractament o del seu representant, així com de la possibilitat d'exercir els seus drets d'accés, rectificació o cancel·lació.

**Exemplar per al perceptor**