

SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorará la tramitació de la sol·licitud.

Abans de començar a escriure, llegiu detingudament tots els apartats, així com les instruccions d'emplenament.

Podeu presentar aquesta sol·licitud a la vostra oficina de FREMAP més propera.

Per a més informació podeu consultar el web www.fremap.es o contactar amb la línia 900 61 00 61.

1. DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT

Cognoms i nom:

D.N.I. / N.I.F.: N° de Afiliación:

Data de naixement: Núm. de telèfon:

Adreça electrònica:

Domicili:

Població: Codi Postal:

En condició de:

☐ PROGENITOR/ACOLLIDOR/ADOPTANT/TUTOR

☐ CÒNJUGE / PARELLA DE FET: Havent de complir-se la condició de que la prestació econòmica sol·licitada sigui prolongació de la ja reconeguda prèviament, perquè el diagnòstic i les necessitats d'atenció s'hagin produït i acreditat abans de complir-se els 18 anys pel causant

Treballador d'alta a la Seguretat Social (marqueu tantes caselles com correspongui)

Treballador per compte propi

☐ Autònom que presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil

☐ Treballador del SETA

☐ TRADE

☐ Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

☐ Fix

☐ Eventual (fi de contracte)

☐ A tiempo parcial

☒ Fix discontinu (fi de campanya)

Treballadora de la llar

☐ Interna

☐ Temps parcial

☐ Externa

☐ Un llar familiar

☐ Jornada completa

☒ Diverses llars familiars

Relació amb el menor

☐ Progenitor

☐ Tutor

☐ Acolridor preadoptiu/permanent

☐ Adoptant

☒ Altres

Ha restat en alguna d'aquestes situacions en els últims 6 mesos?

Incapacidad Temporal

Data d'inici

Data de fi

Maternitat/Paternitat

Data d'inici

Data de fi

Risc durant l'embaràs

Data d'inici

Data de fi

2. DADES IDENTIFICATIVES DE L'ALTRE PROGENITOR/ACOLLIDOR/ADOPTANT/TUTOR

Cognoms i nom:

D.N.I. / N.I.F.: N° de Afiliación:

Data de naixement: Núm. de telèfon:

Adreça electrònica:

Domicili:

Població: Codi Postal:

Treballador d'alta a la Seguretat Social (marqueu tantes caselles com correspongui)

Treballador per compte propi

- ☐ Autònom que presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil
- ☐ Treballador del SETA ☐ TRADE ☐ Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

- ☐ Fix ☐ Fix discontinu (fi de campanya)
- ☐ A temps parcial ☒ Eventual (fi de contracte)

Treballadora de la llar

- ☐ Interna ☐ Temps parcial
- ☐ Externa ☐ Un llar familiar
- ☐ Jornada completa ☒ Diverses llars familiars

Relació amb el menor

- ☐ Progenitor ☐ Tutor ☐ Acolridor preadoptiu/permanent
- ☐ Adoptant ☒ Altres

¿Ha restat en alguna d'aquestes situacions en els últims 6 mesos?

Incapacitat temporal

Data d'inici Data de fi

Maternitat/Paternitat

Data d'inici Data de fi

Risc durant l'embaràs

Data d'inici Data de fi

3. DADES DELS MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

Cognoms i nom

DNI-NIF Data de naixement Data Diagnòstic

Cognoms i nom

DNI-NIF Data de naixement Data Diagnòstic

Cognoms i nom

DNI-NIF Data de naixement Data Diagnòstic

4. MOTIUS DE LA SOL·LICITUD

Ingrés hospitalari del menor, des de [] fins a []

La jornada laboral **abans** de la reducció de jornada era:

De: (dia de la setmana) [] A: (dia de la setmana) [] Des de las [] h. fins a las [] h.

De: (dia de la setmana) [] A: (dia de la setmana) [] Des de las [] h. fins a las [] h.

Un altre horari: (especifiqueu si feu un horari diferent)

En total feu (indiqueu el nombre d'hores) [] hores a la setmana

Data d'inici de la jornada reduïda []

La jornada laboral **a partir** de la reducció de jornada era:

De: (dia de la setmana) [] A: (dia de la setmana) [] Des de las [] h. fins a las [] h.

De: (dia de la setmana) [] A: (dia de la setmana) [] Des de las [] h. fins a las [] h.

Un altre horari: (especifiqueu si feu un horari diferent)

En total feu (indiqueu el nombre d'hores) [] hores a la setmana

La reducció de la jornada de treball respecte d'una jornada a temps complert (haurà de ser almenys d'un 50 % e inferior al 100%) és d'un [] %

5. DADES BANCÀRIES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ MITJANÇANT TRANSFERÈNCIA

Banc: [] IBAN: [] [] [] [] [] [] [] []

Carrer i població de la sucursal: []

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto igualment que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades expressades que es pugui produir d'ara endavant, i **MANIFESTO**, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de totes les dades de l'historial clínic del menor, custodiat pels serveis públics de salut o centres concertats, així com perquè les meves dades d'identificació personal i residència puguin ser consultades amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat.

SOL·LICITO, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se'm reconegui la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu.

[] , [] de/d' [] de []

(Firma del sol·licitant.)

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

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 rebuin 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, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, 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 seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren correspondre, d'acord amb la normativa vigent, així com fer enquestes de qualitat que permeten una millora de la gestió desenvolupada (article 6.1 c) del citat 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.

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)

DECLARACIÓ MÈDICA PER A LA CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

1. DADES DEL SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Cognoms i nom: Telèfon:
DNI - NIF: NAF:
Relació amb el menor:
☐ Progenitor ☐ Tutor ☐ Acollidor preadoptiu/permanent
☐ Adoptant ☐ Altres:

2. DADES DEL METGE responsable de l'assistència sanitària del pacient menor

Cognoms i nom: Núm. de col·legiat:
Especialitat/Càrrec: Hospital / Centre sanitari:
Població:
☐ Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut
☐ Entitat sanitària privada⁽¹⁾:

3. DADES DEL PACIENT MENOR

Cognoms i nom:
DNI - NIF⁽²⁾: Data de naixement:
Diagnòstic: Codi⁽³⁾:
Ingressos hospitalaris
Des de: Fins a: Hospital / Centre sanitari:
Des de: Fins a: Hospital / Centre sanitari:
Des de: Fins a: Hospital / Centre sanitari:

Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:

A. Terapias y cuidados

A.1 Terapias intravenosas y subcutáneas

☐ Antibioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Fluidoterapia ☐ Transfusiones
☐ Analgesia ☐ Otros

A.2 Terapias nutricionales / digestivas

☐ Nutrición enteral diurna ☐ Nutrición enteral nocturna ☐ Nutrición parenteral diurna ☐ Nutrición parenteral nocturna
☐ Sonda nasogástrica ☐ Gastrostomía ☐ Yeyunostomía ☐ Ileostomía
☐ Colostomía

A.3 Terapias respiratorias

☐ Traqueostomía ☐ Ventilación mecánica invasiva ☐ Ventilación mecánica no Invasiva diurna ☐ Ventilación mecánica no Invasiva exclusiva nocturna
☐ Aspiración de secreciones ☐ Oxigenoterapia ☐ Asistente de la tos ☐ Marcapasos diafragmáticos
☐ Movilización mucociliar chalecos

A.4 Cuidados quirúrgicos

☐ Cura quirúrgica ☐ Cura completa ☐ Cuidados ostomías

A.5 Terapias urológicas / nefrológicas

☐ Sondaje vesical intermitente ☐ Cistostomía permanente ☐ Ureterostomía ☐ Hemodiálisis
☐ Diálisis peritoneal

A.6 Monitorización

☐ Neumocardiograma

B. A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:

- ☐ a) Inmunosupresión importante
☐ b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
☐ c) Epilepsia de difícil control
☐ d) Otros (Especificar detalladamente)

C. ¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene un centro asignado? ☐ SI ☐ NO

D. ¿En el momento actual se encuentra en situación basal? ☐ SI ☐ NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? ☐ SI ☐ NO

4. CERTIFICAT DEL METGE DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT ⁽⁴⁾

Cognoms i nom: Núm. de col·legiat:
Especialitat/Càrrec: Hospital / Centre sanitari:
Població:

5. PERÍODE ESTIMAT DE DURADA de la necessitat de cura directa, contínua i permanent per part del progenitor/acollidor/adoptant/tutor

Des de: Fins a:

(1) Indiqueu el nom de l'entitat sanitària.

(2) Per a majors de 14 anys.

(3) Indiqueu el codi que apareix a la llista de malalties en el Reial decret 1148/2011.

(4) S'ha d'emplenar únicament si el metge responsable de l'assistència sanitària del menor pertany a una entitat sanitària privada.

, de/d' de

(Signatura i segell)

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.

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

Advertència: D'acord amb el que estableixen els articles quart 135, de la Llei general de la Seguretat Social i 49 e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic, aquesta prestació per a la cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, no es pot concedir si el progenitor sol·licitant és funcionari públic, ni és compatible amb la percepció, per part de l'altre progenitor, del permís retribuït que l'article 49.e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic estableix per a aquests mateixos supòsits, a favor dels funcionaris públics.

El Sr. / La Sra.: _____

amb DNI/NIE/Passaport: _____

I NAF: _____

i

El Sr. / La Sra.: _____

amb DNI/NIE/Passaport: _____

I NAF: _____

com a progenitors/adoptants/tutors del menor i tenint els dos el dret a sol·licitar la prestació

ACORDEN

que sigui el Sr. / la Sra. _____

qui sol·liciti la prestació econòmica per a la cura de menors afectats pel càncer o una altra malaltia greu, que s'inicià amb data

_____, _____ de/d' _____ de _____

Signatura

Signatura

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.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, l'informem que les dades personals facilitades seran tractades, 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 seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren correspondre, d'acord amb la normativa vigent, així com fer enquestes de qualitat que permeten una millora de la gestió desenvolupada (article 6.1 c) del citat 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 seues 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.

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)

DECLARACIÓ DE SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT PER A LA REDUCCIÓ DE JORNADA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

El Sr. / La Sra.: _____

DNI / NIE / Passaport: _____

Nº de Afiliación S.S.: _____

domicili: _____

declara sota la seva responsabilitat que:

1. ¿Es titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa? ☐ Sí ☐ No

Que aquest establiment té el domicili social a:

Tel.: _____

Que com a treballador autònom, l'activitat econòmica, ofici o professió que realitza és la de

2. ¿Es un treballador/a autònom/a econòmicament dependent (TRADE)? ☐ Sí ☐ No

(art. 11 de la Llei 20/2007, d'11 de juliol, de l'Estatut del treball autònom.)

Si heu respost que **SÍ**, especifiqueu les dades del vostre **CLIENT PRINCIPAL**:

Raó Social: _____

NIF _____

Direcció: _____

Tel.: _____

3. Que per accedir a la prestació econòmica per a la cura del menor malalt i al seu càrrec, ha reduït la seva jornada de treball des del dia _____ de/d' _____ de _____ tal com s'ha detallat a la segona pàgina d'aquesta sol·licitud.

4. Que amb anterioritat a la reducció de jornada, el negoci es gestionava:

Amb els següents mitjans humans (nre. d'empleats, socis, etc.):

L'horari del negoci era de _____ a _____ ; durant els següents dies de la setmana de _____ a _____

5. Que durant la reducció de jornada per cura de fill amb càncer o una altra malaltia greu, el negoci queda en la següent situació:

Tancament de l'establiment, inactivitat parcial, persona a càrrec del negoci (indiqueu el que correspongui en el vostre cas):

Amb els següents mitjans humans (nre. d'empleats, socis, etc.) :

L'horari del negoci és de _____ a _____ ; durant els següents dies de la setmana de _____ a _____

_____, a _____ de/d' _____ de _____

Signatura i segell

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 rebuin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

Escriviu amb claredat i en lletres majúscules, o empleneu directament aquest formulari a través del web www.fremap.es.

Demaneu l'assessorament i l'ajuda del personal de FREMAP davant de qualsevol dubte.

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud.

DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR AMB AQUESTA SOL·LICITUD

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. Documentació relativa a la cotització:
 - a. Per als Artistes i Professionals Taurins: declaració d'activitats i justificants d'actuacions que no hagin estat presentats a la Tresoreria General de la Seguretat Social.
 - b. Treballadors responsables de l'ingrés de les quotes. Fotocòpia del butlletí de cotització del mes anterior al de reducció de la jornada.
3. Documentació relativa a la relació amb el causant:
 - a. Per a Progenitor/Acollidor/Adoptant/Tutor: Llibre de família, o en el seu defecte, certificat de la inscripció del fill en el Registre Civil o resolució judicial/administrativa de l'adopció, acolliment o designació com a tutor.
 - b. Per a Cònjuge o Parella de Fet: Certificat de Matrimoni o, en cas de Parella de Fet, certificat del Registre de Parella de Fet o còpia de l'escriptura notarial de la seva constitució.
4. En el supòsit de no convivència dels progenitors/adoptants/acollidors/tutors, i en absència d'acord sobre qui ha de percebre la prestació, documentació que acrediti la custòdia o a càrrec de qui està el menor.
5. En el cas de famílies monoparentals: Llibre de família en què consti un sol progenitor/adoptant/acollidor/tutor o, en cas que constin dos progenitors/adoptants/acollidors/tutors, certificat de defunció d'un d'ells, o resolució judicial en què es declari l'abandonament familiar d'un d'ells.
6. Si l'altre progenitor/adoptant/acollidor/tutor (segons correspongui en cada cas):
 - a. És **funcionari públic**: cal aportar un certificat de l'Administració de la qual depengui, on quedi constància que no s'és perceptor de permís retribuït per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, de conformitat amb l'article 49.e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic.
 - b. És **professional aliè al Sistema de la Seguretat Social**: cal aportar un certificat de pertinença a la mutualitat de col·legi professional a què es pertanyi.
7. Si el sol·licitant progenitor/adoptant/acollidor/tutor:
 - a. És treballador per compte d'altri del Règim General de la Seguretat Social, cal aportar una còpia del contracte de treball vigent.
 - b. És TRADE, cal aportar una còpia del contracte mercantil amb el client principal, degudament segellat en el Servei Públic d'Ocupació.
 - c. És empleat de la llar, ha d'aportar una fotocòpia del contracte de treball.
8. Certificat de cotitzacions subscrit per l'empresa o l'ocupador, en el formulari facilitat per l'empresa o per FREMAP.
9. Estan exemptes en tot el territori nacional les rendes per prestacions i ajudes familiars percebudes de qualsevol de les Administracions Públiques, ja siguin vinculades a naixement, adopció, acolliment o atenció de fills menors, de conformitat amb el que estableix l'article 7.z) de la Llei 35/2006, de 28 de novembre, de l'IRPF i, a la Comunitat Foral de Navarra, mitjançant la modificació introduïda per la Llei Foral 25/2016, de 28 de desembre, amb efectes de l'1 de gener de 2017, de l'article 7.k), quart paràgraf del Text Refós de la Llei Foral sobre IRPF aprovat per Decret Foral Legislatiu 4/2008, de 2 de juny.

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.

**CERTIFICAT D'EMPRESA DEL SISTEMA
ESPECIAL DE TREBALLADORS PER
COMPTE D'ALTRI AGRARIS DEL RÈGIM
GENERAL, PER A LA SOL·LICITUD DE
PRESTACIONS DE LA SEURETAT SOCIAL**

El Sr. / la Sra. amb DNI-NIE-passaport
que exerceix a l'empresa el càrrec de/d'

CERTIFICA que són certes les dades relatives a l'empresa, així com les personals, professionals i de cotització, que a continuació es consignen, a l'efecte de sol·licitar la prestació de/d' ⁽¹¹⁾

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
Població	Província				Telèfon	

2. DADES DEL / DE LA TREBALLADOR/A

Cognoms i nom	Núm. de la Seguretat Social	DNI-NIE-passaport
---------------	-----------------------------	-------------------

DADES LABORALS

Professió i categoria	Grup de cotització	Data d'alta a l'empresa	Data de baixa, real o prevista a l'empresa ⁽¹⁾
Data de l'últim dia de treball, previ a l'extinció o suspensió del contracte.....		Tipus de contracte ⁽²⁾	Causa de l'extinció o suspensió del contracte ⁽³⁾
Té dies de vacances anuals retribuïdes i no realitzades? ⁽⁴⁾ Sí ☐ NO ☐ Nombre de dies des del dia fins al dia			

DADES DE LA INCAPACITAT TEMPORAL: Data de la baixa mèdica.....

BASES DE COTITZACIÓ DELS MESOS ANTERIORS AL DE LA BAIXA MÈDICA⁽⁵⁾ o, si el període és més curt, del mateix mes

Any	Mes ⁽⁶⁾	Nombre de dies cotitzats ⁽⁷⁾	Base de contingències comunes	Base de contingències professionals ⁽⁸⁾	Hores extres	Treballador amb:
						Contracte indefinit ☐
						Contracte de durada determinada ☐
						Cotització mensual ☐
						Cotització per jornades reals ☐
						Data de l'últim dia treballat.....
						Nombre de jornades reals treballades durant l'últim mes de treball.....
Per vacances anuals retribuïdes i no realitzades abans de la data del cessament a l'empresa ⁽⁹⁾						
Observacions ⁽¹⁰⁾						

....., de de 20

Signatura i segell

INFORMACIÓ PER AL SOL·LICITANT

En cas de pluriocupació, cal presentar un certificat d'empresa per cada relació laboral.

INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT PER A L'EMPRESA

- (1) Per a treballadors amb contracte de durada determinada, s'ha d'emplenar amb la data prevista de finalització del contracte en vigor.
- (2) Cal indicar-hi si el tipus de contracte és indefinit, per obra, eventual, temporal, fix-discontinuu, administratiu, etc.
- (3) Per extinció del contracte durant el període de prova, finalització del contracte, a instància de l'empresari (acomiadament procedent, improcedent o causa objectiva), expedient de regulació d'ocupació, etc.

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

Si el cessament ha estat en un contracte d'interinitat s'ha de reflectir si ha estat degut a la incorporació del / de la treballador/a, el lloc del qual s'estava ocupant, o per un altre motiu.

- (4) S'hi han de fer constar, si és el cas, els dies de vacances anuals retribuïdes que no hagin estat realitzades amb anterioritat a la finalització de la relació laboral, d'acord amb el que disposa l'article 209.3 de la Llei general de la Seguretat Social, text refós aprovat pel Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny.

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

- (5) En aquest apartat s'han d'indicar les bases de cotització següents:

1. Quan hi hagi data prevista d'extinció de la relació laboral, fins a 6 mesos naturals complets anteriors al de la baixa mèdica.

En aquest supòsit, si l'extinció de la relació laboral s'ha de produir enmig d'un mes, caldrà indicar el nombre exacte de dies fins a la data d'aquesta extinció, corresponents al mes esmentat, i afegir-hi els necessaris, mes a mes, fins a completar un total de 180 dies.

2. Quan no hi hagi data prevista d'extinció de la relació laboral, les corresponents al mes anterior al de la data de la baixa mèdica, o si escau, del mateix mes.

- (6) S'hi ha d'indicar el mes corresponent.

- (7) S'hi ha d'indicar el nombre de dies cotitzats o de jornades reals realitzades durant el mes. Si s'han d'indicar les bases de cotització corresponents al mes de la baixa mèdica, per a aquest mes s'hauran de consignar les jornades reals realitzades (o, si escau, els dies treballats) i les que es prevegi realitzar fins a final de mes.

- (8) Queden excloses de les bases de cotització les corresponents a les hores extraordinàries.

- (9) Si no hi ha vacances anuals retribuïdes i no realitzades abans del cessament, o corresponen a una relació laboral inferior a 12 dies, s'hi ha de fer constar zero. Si n'hi ha, en tot cas, s'han d'arrodonir a l'enter superior.

- (10) S'hi ha d'indicar qualsevol altra circumstància especial referida a la cotització (vaga, suspensió per sanció sense feina i sou, etc.). En el cas que no hi hagi prou espai, s'hi pot adjuntar un full aclaridor.

- (11) Cal identificar la finalitat de l'expedició del certificat a l'efecte de la prestació de la Seguretat Social que es pretén sol·licitar: incapacitat temporal, reducció de la jornada per cura de menors afectats per càncer o alguna altra malaltia greu, risc durant l'embaràs o la lactància natural.