FREMAP

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

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

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 la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación. Puede presentar esta solicitud en su oficina de FREMAP más cercana. Para más información al respecto puede consultar www.FREMAP.es o contactar con la Línea 900 61 00 61.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.: Nº de Afiliación

Fecha de Nacimiento: Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad: Código Postal:

En condición de:

☐ PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE/TUTOR ☐ CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Empleada del hogar

☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Personal funcionario*

** En caso de estar regulada su actividad por el EBEP, debe dirigirse para la gestión de la prestación de CUME a la entidad para la que presta su servicio*

Relación con el menor

☐ Progenitor ☐ Tutor ☐ Acogedor preadoptivo/permanente

☐ Adoptante ☐ Familia monoparental ☐ Otras

¿Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses?

☐ Incapacidad Temporal ☐ Nacimiento y cuidado de menor ☐ Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ACOGEDOR/ADOPTANTE/TUTOR

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.: Nº de Afiliación

Fecha de Nacimiento: Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad: Código Postal:

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Empleada del hogar

☐ Trabajador por cuenta ajena ☐ Personal funcionario

Relación con el menor

☐ Progenitor ☐ Tutor ☐ Acogedor preadoptivo/permanente

☐ Adoptante ☐ Familia monoparental ☐ Otras

¿Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses?

☐ Incapacidad Temporal ☐ Nacimiento y cuidado de menor ☐ Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

3. ACUERDO ENTRE PROGENITORES PARA LA PERCEPCIÓN DE LA PRESTACIÓN POR EL CUIDADO DEL MENOR/MENORES

☐ Cuidado delegado en un solo progenitor.

Cuidado delegado en el progenitor solicitante

☐ Alternancia de cuidado entre progenitores a un mismo menor.

Periodo de cuidado del progenitor solicitante:

Periodo de cuidado del progenitor no solicitante: - MUTUA:

☐ Cuidado simultáneo de ambos progenitores a un mismo menor

Mutua / organismo del otro progenitor:

En esta modalidad ambos progenitores percibirán como prestación el 50% de su base reguladora con independencia del porcentaje reducción.

☐ Prestación para ambos progenitores en caso de que más de un menor de la unidad familiar necesite cuidados

El progenitor solicitante asume los cuidados del menor indicado en el punto 4

4. DATOS DE LOS MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Marque el causante por el que se solicita la prestación

☐ Apellidos y Nombre:

DNI-NIF: Fecha de Nacimiento: Fecha Diagnóstico:

☐ Apellidos y Nombre:

DNI-NIF: Fecha de Nacimiento: Fecha Diagnóstico:

☐ Apellidos y Nombre:

DNI-NIF: Fecha de Nacimiento : Fecha Diagnóstico:

FREMAP

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

5. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

En caso de no haber ingreso hospitalario, acreditar el tratamiento hospitalario o domiciliario continuado

Desde _____ hasta _____

La jornada laboral antes de la reducción de jornada era:

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

Otro horario: (especifique si realiza un horario diferente)

_____

Realizando un total de (indicar número de horas) _____ horas a la semana

Fecha de inicio de la jornada reducida _____

La jornada laboral **a partir** de la reducción de jornada es:

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

Otro horario: (especifique si realiza un horario diferente)

_____

Realizando un total de (indicar número de horas) _____ horas a la semana

La reducción de la jornada de trabajo respecto de una jornada a tiempo completo (deberá ser al menos de un 50%, e inferior al 100%) es de un _____ %

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

Banco _____ IBAN: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Calle y Localidad de la Sucursal: _____

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igual-mente que quedo enterado de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

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 pudieran corresponder, de acuerdo con la normativa vigente, así como realizar encuestas de calidad que permitan una mejora de la gestión desarrollada (artículo 6.1 c) 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

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y Nombre: Teléfono:

DNI - NIF: Nº de Afiliación S.S.:

Relación con el menor

☐ Progenitor ☐ Tutor ☐ Acogedor preadoptivo/permanente

☐ Adoptante ☐ Otras

2. DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor

Apellidos y Nombre: N. de colegiado:

Especialidad/Cargo: Hospital/Centro Sanitario:

Localidad:

☐ Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud

☐ Entidad sanitaria privada[1]:

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Apellidos y Nombre:

DNI - NIF [2]: F. de Nacimiento: Localidad

Diagnóstico: Código [3]:

Ingresos hospitalarios

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

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 diurna

☐ Sonda nasogástrica ☐ Gastrostomía ☐ Yeyunostomía ☐ Ileostomía

☐ Colostomía

A.3 Terapias respiratorias

☐ Traqueostomía ☐ Ventilación mecánica invasiva ☐ Ventilación mecánica no Invasiva diuma ☐ Ventilación mecánica no Invasiva exclusivanocturna

☐ Aspiración de secreciones ☐ Oxigenoterapia ☐ Asistente de la tos ☐ Marcapasos diafragmáticos

☐ Movilización mucociliar chalecos

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

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. CERTIFICADO DEL MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD (4)

Apellidos y Nombre: N. de colegiado:

Especialidad/Cargo: Hospital/Centro Sanitario:

Localidad:

5. PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor/acogedor/adoptante/tutor

Desde: Hasta:

(1) Indicar nombre de la entidad sanitaria.
(2) Para mayores de 14 años.
(3) Indicar el código que aparece en el listado de enfermedades en el Real Decreto 1148/2011.
(4) Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.

En , a de de

(Firma y sello)

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.

FREMAP

Mutua Colaboradora con la

DOCUMENTO DE 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

Advertencia: De acuerdo con lo establecido en los artículos 135 quáter, de la Ley General de la Seguridad Social y 49 e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público esta prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, no podrá concederse si el progenitor solicitante fuera Funcionario Público, ni es compatible con la percepción, por parte del otro progenitor, del permiso retribuido que el artículo 49.e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público establece para estos mismos supuestos, a favor de los Funcionarios Públicos.

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte: Nº de Afiliación S.S.: y

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte: Nº de Afiliación S.S.:

como progenitores/adoptantes/tutores del menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación

ACUERDAN

☐ Cuidado delegado en un solo progenitor

que sea D. / Dña.:

quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por el cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará con fecha

☐ Alternancia de cuidado entre progenitores a un mismo menor

☐ Cuidado simultáneo de ambos progenitores a un mismo menor

Mutua / organismo del otro progenitor:

☐ Prestación para ambos progenitores por cuidado de distintos menores de la unidad familiar que requieren cuidado

El progenitor solicitante asume los cuidados del menor: (Nombre y apellidos)

El progenitor no solicitante asume los cuidados del menor: (Nombre y apellidos)

En , a de de

Firma Firma

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 pudieran corresponder, de acuerdo con la normativa vigente, así como realizar encuestas de calidad que permitan una mejora de la gestión desarrollada (artículo 6.1 c) 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

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas, o cumplimente directamente este formulario a través de www.FREMAP.es.

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. Esta solicitud deberá ser firmada mediante certificado digital o con firma original o presencial en las instalaciones de FREMAP, incluso cuando se hubiese cursado de forma anticipada mediante la plataforma FREMAP CONTIGO. En el caso de que la firma no sea mediante certificado digital, deberá acreditarse la identidad del solicitante 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). Si se remite la solicitud con la firma original, podrá evitarse la personación física en las oficinas de FREMAP para acreditar la identidad del solicitante mediante la aportación de un certificado actualizado de la cuenta corriente que haya 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 de la prestación, en el que conste completo el IBAN y su titularidad de la cuenta corriente de cargo.
2. Documentación relativa a la cotización:
   a. Para los Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
   b. Trabajadores responsables del ingreso de las cuotas. Fotocopia del boletín de cotización del mes anterior al de reducción de la jornada.
3. Documentación relativa a la relación con el causante:
   a. Para Progenitor\Acogedor\Adoptante\Tutor: Libro de familia, o en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial/administrativa de la adopción, acogimiento o designación como tutor.
   b. Para Cónyuge o Pareja de Hecho: Certificado de Matrimonio o, en caso de Pareja de Hecho, certificado del Registro de Pareja de Hecho o copia de la escritura notarial de su constitución.
4. En el supuesto de no convivencia de los progenitores/adoptantes/acogedores/tutores, y en ausencia de acuerdo sobre el que debe percibir la prestación, documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor.
5. En el caso de familias monoparentales: Libro de familia en el que conste un solo progenitor/adoptante/acogedor/tutor o, en el caso de que consten dos progenitor/adoptante/acogedor/tutor, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono familiar de uno de ellos.
6. Si el otro progenitor/adoptante/acogedor/tutor (según corresponda en cada caso):
   a. Es Funcionario Público; debe aportar Certificado de la Administración de la que dependa, en el que quede constancia que no es perceptor de permiso retribuido por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, conforme al artículo 49.e) de la Ley 7/2007 de 12 de Abril del Estatuto Básico del Empleado Público.
   b. Es Profesional ajeno al Sistema de la Seguridad Social: debe aportar Certificado de pertenencia a la Mutualidad de Colegio Profesional al que pertenezca.
7. Si el solicitante progenitor/adoptante/acogedor/tutor:
   a. Es trabajador por cuenta ajena del Régimen General de la Seguridad Social, deberá aportar copia del contrato de trabajo vigente.
   b. Es TRADE, deberá aportar copia del contrato mercantil con su cliente principal, debidamente sellado en el Servicio Público de Empleo.
   c. Es empleado del hogar, deberá aportar fotocopia del contrato de trabajo.
8. Certificado de cotizaciones suscrito por la empresa o el empleador, en el formulario facilitado por la empresa o por FREMAP.
9. Están exentas en todo el territorio nacional las rentas por prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, conforme a lo que establece el artículo 7.z) de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF y, en la Comunidad Foral de Navarra, mediante la modificación introducida por la Ley Foral 25/2016, de 28 de diciembre, con efectos del 1 de enero de 2017, del artículo 7.k), cuarto párrafo del Texto Refundido de la Ley Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio.
10. Para poder mantener el derecho a la prestación a partir de los 23 años de edad del causante y hasta como máximo cumplir los 26 años, será preciso aportar certificado o documento acreditativo de que en el mismo concurre antes de los 23 años un grado de discapacidad igual o superior al 65%. Del mismo modo, cuando excepcionalmente se solicite la prórroga una vez superados los 26 años, deberá justificar que sigue conviviendo con el causante y aportar la acreditación de la discapacidad igual o superior al 65% o Grado III de dependencia.

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.

INFORMACIÓN SOBRE LA SISTEMÁTICA DE ABONO DE LA PRESTACIÓN

Las transferencias bancarias se realizarán el último día hábil de cada mes, de acuerdo con la programación que se indica a continuación

Calendario de pagos de todas las prestaciones económicas periódicas durante 2026:



Nota: En estas fechas, FREMAP emite la orden de transferencia bancaria, pudiendo recibirse el abono en la cuenta corriente del beneficiario al siguiente día hábil.

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.

HOJA PARA EL TRABAJADOR BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

FREMAP

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

CERTIFICADO DE EMPRESA DEL SISTEMA ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA AJENA AGRARIOS DEL RÉGIMEN GENERAL, PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

D/Dª ..... con DNI - NIE - pasaporte .....

que desempeña en la empresa el cargo de .....

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de ..... (11)

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social						Código de cuenta de cotización
Domicilio habitual: (calle, plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Teléfono

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Apellidos y nombre	Nº de la Seguridad Social	DNI - NIE - Pasaporte

DATOS LABORALES

Profesión y categoría	Grupo de cotización	Fecha de alta en la empresa	Fecha de baja, real o prevista en la empresa(1)

Fecha del último día de trabajo, previo a la extinción o suspensión del contrato	Tipo de contrato(2)	Causa de la extinción o suspensión del contrato(3)

¿Tiene días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas? (4) SÍ ☐ NO ☐ Número de días ..... desde ..... hasta .....

DATOS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL: Fecha de la baja médica .....

BASES DE COTIZACIÓN DE LOS MESES ANTERIORES AL DE LA BAJA MÉDICA(5) o, en su defecto, del mismo mes

Año	Mes(6)	Número de días cotizados(7)	Base de contingencias comunes	Base de contingencias profesionales(8)	Horas extras
Por vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes de la fecha del cese en la empresa (9)					

Observaciones(10)

Trabajador con:

- Contrato indefinido ☐
- Contrato de duración determinada ☐
- Cotización mensual ☐
- Cotización por jornadas reales ☐
- Fecha del último día trabajado .....
- Número de jornadas reales trabajadas en el último mes de trabajo .....

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

Firma y sello

20120518

C-075

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

En caso de existir pluriempleo se deberá presentar un certificado de empresa por cada relación laboral.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN PARA LA EMPRESA

(1) Para trabajadores con contrato de duración determinada se cumplimentará con la fecha prevista de finalización del contrato en vigor.

(2) Indicar si el tipo de contrato es indefinido, por obra, eventual, temporal, fijo-discontinuo, administrativo, etc.

(3) Por extinción del contrato durante el período de prueba, finalización del contrato, a instancia del empresario (despido procedente, improcedente o causa objetiva), expediente de regulación de empleo, etc.

En el supuesto de finalización de un contrato temporal se hará constar el motivo por el que no se ha prorrogado (por voluntad del empresario o por voluntad del trabajador).

Si el cese ha sido en un contrato de interinidad se reflejará si se ha debido a la incorporación del/de la trabajador/a, cuyo puesto se estaba ocupando, o por otro motivo.

(4) Se harán constar, en su caso, los días de vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas con anterioridad a la finalización de la relación laboral, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 209.3 de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio.

La cotización de las vacaciones no disfrutadas será objeto de liquidación complementaria a la del mes de la extinción del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional segunda de la Orden TAS/118/2003, de 31 de enero por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, desempleo, fondo de garantía salarial y formación profesional.

(5) En este apartado se deben cumplimentar las bases de cotización siguientes:

1. Cuando exista fecha prevista de extinción de la relación laboral, hasta 6 meses naturales completos anteriores al de la baja médica.

   En este supuesto, si la extinción de la relación laboral se va a producir en medio de un mes, se indicará el número de días exactos hasta la fecha de dicha extinción, correspondientes a ese mes y se añadirán los necesarios, mes a mes, hasta completar un total de 180 días.

2. Cuando no exista fecha prevista de extinción de la relación laboral, las correspondientes al mes anterior al de la fecha de la baja médica, o en su caso del mismo mes.

(6) Indicar el mes correspondiente.

(7) Indicar el número de días cotizados o de jornadas reales realizadas en el mes. Si han de cumplimentarse las bases de cotización correspondientes al mes de la baja médica, para dicho mes se consignarán las jornadas reales realizadas (o en su caso los días trabajados) y los previstos por realizar hasta fin de mes.

(8) Se excluirán de las bases de cotización las correspondientes a las horas extraordinarias.

(9) Si no hay vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese, o corresponden a una relación laboral inferior a 12 días, se hará constar cero. Si hay, en todo caso, se han de redondear al entero superior.

(10) Indicar cualquier otra circunstancia especial referida a la cotización (huelga, suspensión por sanción sin empleo y sueldo, etc.). En el caso de no disponer de espacio suficiente, puede adjuntar una hoja aclaratoria.

(11) Se identificará la finalidad de la expedición del certificado a efectos de la prestación de la Seguridad Social que se pretende solicitar: Incapacidad Temporal, Reducción de la jornada por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, Riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.