

PETICIÓN DA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

O feito de cubrir de forma defectuosa ou incorrecta este impreso ou a falta de achega dos documentos que se indican poderá esixir a súa emenda e, mentres esta non se producira, demorará a tramitación da petición. Antes de comezar a escribir, lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubri-la correctamente. Pode presentar esta petición na súa oficina da FREMAP máis próxima. Para máis información ao respecto pode consultar www.fremap.es ou contactar coa liña 900 61 00 61

1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

NAF:

Data de nacemento:

Núm. de teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidade:

Código Postal:

Traballador de alta na Seguridade Social (riscar todos os recadros que procederen)

Traballador por conta propia

Autónomo que presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil

Traballador do SETA

TRADE

Ningún dos anteriores

Traballador por conta allea

Fixo

Fixo discontinuo (fin de campaña)

A tempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empregada do fogar (tipo de contrato)

Interna

Tempo parcial

Externa

Un fogar familiar

Xornada completa

Varios fogares familiares

Relación co menor

Proxenitor

Titor

Acolledor preadoptivo/permanente

Adoptante

Outras

Permaneceu nalgunha destas situacións nos últimos 6 meses

Incapacidade temporal

Data de inicio

Data de fin

Maternidade/Paternidade

Data de inicio

Data de fin

Risco durante o embarazo

Data de inicio

Data de fin

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DO OUTRO PROXENITOR/ACOLLEDOR/ADOPTANTE/TITOR

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación:

Data de nacemento:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidade:

Código Postal:

Traballador de alta na Seguridade Social (riscar todos os recadros que procederen)

Traballador por conta propia

Autónomo que presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil

Traballador do SETA

TRADE

Ningún dos anteriores

Traballador por conta allea

Fixo

Fixo discontinuo (fin de campaña)

A tempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empregada do fogar (tipo de contrato)

Interna

Tempo parcial

Externa

Un fogar familiar

Xornada completa

Varios fogares familiares

Relación co menor

Proxenitor

Titor

Acolledor preadoptivo/permanente

Adoptante

Outras

Permaneceu nalgunha destas situacións nos últimos 6 meses

Incapacidade temporal

Data de inicio

Data de fin

Maternidade/Paternidade

Data de inicio

Data de fin

Risco durante o embarazo

Data de inicio

Data de fin

3. DATOS DOS MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Data de nacemento:

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Data de nacemento:

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Data de nacemento:

4. MOTIVOS DA PETICIÓN

Ingreso hospitalario do menor, desde _____ ata _____

A xornada laboral antes da redución de xornada era:

De: (día da semana) _____ A: (día da semana) _____ Desde as _____ h. ata as _____ h.

De: (día da semana) _____ A: (día da semana) _____ Desde as _____ h. ata as _____ h.

Outro horario: (especifique se realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indique número de horas) _____ horas á semana

Data de inicio da xornada reducida _____

A xornada laboral a partir da redución de xornada era:

De: (día da semana) _____ A: (día da semana) _____ Desde as _____ h. ata as _____ h.

De: (día da semana) _____ A: (día da semana) _____ Desde as _____ h. ata as _____ h.

Outro horario: (especifique se realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indique número de horas) _____ horas á semana

A redución da xornada de traballo respecto dunha xornada a tempo completo (deberá ser polo menos dun 50%, e inferior ó 100%) é dun _____ %

5. DATOS BANCARIOS PARA O COBRO DA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Entidade: _____ IBAN: _____

Rúa e localidade da sucursal: _____

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, manifestando, igual-mente que estou informado da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación dos datos nela expresados que se puidese producir a partir de agora, e **MANIFIESTO**, o meu consentimento para a achega, consulta ou obtención de copia de todos os datos do historial clínico do menor, custodiado polos servizos públicos de saúde ou centros concertados, así como para que os meus datos de identi-ficación persoal e residencia poidan ser consultados con garantía de confidencialidade, no caso de acceso informatizado aos referidos datos.

SOLICITO, mediante a sinatura do presente impreso que me sexa recoñecida a prestación económica por coidado de menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave.

_____, de _____ de _____

(Asinado)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder, de acordo coa normativa vixente, así como realizar enquisas de calidade que permitan unha mellora da xestión desenvolvida (artigo 6.1 c) do citado Regulamento). Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento, dereito a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, de maneira presencial en calquera das oficinas ou hospitais de FREMAP ou por correo electrónico dirixido a derechos_arco@fremap.es asinando a solicitude con certificado electrónico. Así mesmo, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

DECLARACIÓN MÉDICA PARA O COIDADADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

1. DATOS DO SOLICITANTE DA PRESTACIÓN

Apelidos e nome: Teléfono:
 D.N.I. / N.I.F.: e NAF:
 Relación co menor
 Proxenitor Titor Acolledor preadoptivo/permanente
 Adoptante Outras

2. DATOS DO MÉDICO responsable da asistencia sanitaria do paciente menor

Apelidos e nome: N. de colexiado:
 Especialidade/Cargo: Hospital/Centro Sanitario:
 Localidade:
 Servizo Público de Saúde ou entidade sanitaria concertada co Servizo Público de Saúde
 Entidade sanitaria privada⁽¹⁾:

3. DATOS DO PACIENTE MENOR

Apelidos e nome:
 D.N.I. / N.I.F.: Data de nacemento: Localidade:
 Diagnóstico: Código⁽³⁾:
 Ingresos hospitalarios
 Desde: Ata: Hospital / Centro Sanitario:
 Desde: Ata: Hospital / Centro Sanitario:
 Desde: Ata: Hospital / Centro Sanitario:

Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:

A. Terapias y cuidados

A.1 Terapias intravenosas e subcutáneas

Antibióterapia	Quimioterapia	Fluidoterapia	Transfusións
Analxesia	Outros		

A.2 Terapias nutricionais / dixestivas

Nutrición enteral diurna	Nutrición enteral nocturna	Nutrición parenteral diurna	Nutrición parenteral nocturna
Sonda nasogástrica	Gastrostomía	Xexunostomía	Ileostomía
Colostomía			

A.3 Terapias respiratorias

Traqueostomía	Ventilación mecánica invasiva	Ventilación mecánica non Invasiva diurna	Ventilación mecánica non Invasiva exclusiva nocturna
Aspiración de segregacións	Osixenoterapia	Asistente da tose	Marcapasos diafragmáticos
Mobilización mucociliar chalecos			

A.4 Coidados cirúrxicos

Cura cirúrxica

Cura completa

Coidados ostomías

A.5 Terapias urolóxicas / nefrológicas

Sondaxe vesical
intermitente

Cistostomía permanente

Ureterostomía

Hemodiálise

Diálise peritoneal

A.6 Monitorización

Neumocardiograma

B. A pesar de non presentar os requirimentos previos, considérase que o menor require de coidados específicos polas seguintes razóns:

- a) Inmunosupresión importante
- b) Coidados paliativos en calquera paciente en fase terminal da súa enfermidade
- c) Epilepsia de difícil control
- d) Outros (especificar en detalle)

C. Dadas as súas condicións o paciente pode acudir a un centro educativo ou a un centro terapéutico especializado nos seus coidados durante o día? SI NON

Ten un centro asignado? SI NON

D. No momento actual encóntrase en situación basal? SI NON

En caso de contestar “NON”, a súa situación actual implica un aumento dos seus coidados ou de necesidade de vixilancia e / ou monitorización? SI NON

4. CERTIFICADO DO MÉDICO DO SERVIZO PÚBLICO DE SAÚDE

Apelidos e nome:

Núm. de colexiado:

Especialidade/Cargo:

Hospital/Centro Sanitario:

Localidade:

5. PERÍODO ESTIMADO DE DURACIÓN da necesidade de coidado directo, continuo e permanente por parte do proxenitor/acolledor/adoptante/titor

Desde:

Ata:

(1) Indique nome da entidade sanitaria.

(2) Para maiores de 14 anos.

(3) Indique o código que aparece na listaxe de enfermidades no Real decreto 1148/2011.

(4) Cúbrase unicamente se o médico responsable da asistencia sanitaria do menor pertence a unha entidade sanitaria privada.

, de de

(Sinatura e selo)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

ACORDO ENTRE OS PROXENITORES, SOBRE O GOZO DA PRESTACIÓN PARA O COIDADADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE, CANDO AMBOS PODEN SER BENEFICIARIOS

Advertencia: De acordo co establecido nos artigos 135 quater, da Lei xeral da Seguridade Social e 49 e) da Lei 7/2007, de 12 de abril, do estatuto básico do empregado público esta prestación para o coidado de menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave, non poderá concederse se o proxenitor solicitante fose funcionario público, nin é compatible coa percepción, por parte do outro proxenitor, do permiso retribuído que o artigo 49.e) da Lei 7/2007, de 12 de abril, do estatuto básico do empregado público establece para estes mesmos supostos, a favor dos funcionarios públicos.

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

e NAF:

y

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

e NAF:

como proxenitores/adoptantes/titores do menor e tendo ambos o dereito a solicitar a prestación

ACORDAN

que sexa D. / Dña.:

quen solicite a prestación económica para o coidado de menores afectados polo cancro ou outra enfermidade grave, que iniciará no día

,

de

de

Sinatura

Sinatura

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.
A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder, de acordo coa normativa vixente, así como realizar enquisas de calidade que permitan unha mellora da xestión desenvolvida (artigo 6.1 c) do citado Regulamento).
Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.
Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento, dereito a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, de maneira presencial en calquera das oficinas ou hospitais de FREMAP ou por correo electrónico dirixido a derechos_arco@fremap.es asinando a solicitude con certificado electrónico. Así mesmo, ten dereito a presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DA ACTIVIDADE PARA A REDUCIÓN DE XORNADA POR COIDADADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

e NAF:

e con domicilio en:

declara baixo a súa responsabilidade que:

1. É titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza: SI NON

Que o devandito establecemento ten o seu domicilio social en:

Tel.:

Que como traballador autónomo a actividade económica, oficio ou profesión que realiza é a de

2. É un traballador/a autónomo/a economicamente dependente (TRADE) SI NON

(art. 11 da Lei 20/2007, de 11 de xullo, do Estatuto do traballo autónomo.)

Se contestou que SI, especifique os datos do seu CLIENTE PRINCIPAL:

Razón Social:

N.I.F.

Enderezo:

Tel.:

3. Que para acceder á prestación económica para o coidado do menor enfermo e ao seu cargo, reduciu a súa xornada de traballo desde o día de de tal e como foi detallado na segunda páxina desta petición.

4. Que con anterioridade á redución de xornada, o negocio xestionábase:

Cos seguintes medios humanos (nº de empregados, socios, etc.):

O horario do negocio era a ; durante os seguintes días da semana de a

5. Que durante a redución de xornada por coidado de fillo con cancro ou outra enfermidade grave, o negocio queda na seguinte situación:

Peché do establecemento, inactividade parcial, persoa a cargo do negocio (indique o que no seu caso proceda):

Cos seguintes medios humanos (nº de empregados, socios, etc.):

O horario do negocio é a ; d durante os seguintes días da semana de a

, de de

(Sinatura e selo)

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR CORRECTAMENTE A PETICIÓN

Escriba con claridade e en letras maiúsculas, ou cubra directamente este formulario a través de www.fremap.es.

Solicite o asesoramento e axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.

O feito de cubrir de forma defectuosa ou incorrecta este impreso ou a falta de achega dos documentos que se indican poderá esixir a súa emenda e, mentres esta non se producira, demorará a tramitación da petición.

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON ESTA PETICIÓN

1. Esta solicitude deberá ser asinada mediante certificado dixital ou con sinatura orixinal ou presencial nas instalacións de FREMAP, mesmo cando se tivese tramitado de forma anticipada mediante a plataforma FREMAP CONTIGO. No caso de que a sinatura non sexa mediante certificado dixital, deberá acreditarse a identidade da persoa solicitante coa presentación en persoa do orixinal do DNI ou documento oficial que o substitúa, que será cotexado por FREMAP e devolto (por favor, en ningún caso debe achegarse coa restante documentación unha fotocopia do DNI). Se se remite a solicitude coa sinatura orixinal, poderá evitarse a presenza física nas oficinas de FREMAP para acreditar a identidade da persoa solicitante mediante a achega dun certificado actualizado da conta corrente que se indicase para o aboamento da prestación, debendo aparecer como titular nese certificado ou, no seu defecto, un recibo bancario con algún cargo, de data non anterior ao mes previo á solicitude da prestación, no que conste completo o IBAN e a titularidade da conta corrente de cargo.
2. Documentación relativa á cotización:
 - a. Para os Artistas e Profesionais Taurinos: Declaración de actividades e xustificantes de actuacións que non fosen presentados na Tesouraría Xeral da Seguridade Social
 - b. Traballadores responsables do ingreso das cotas. Fotocopia do boletín de cotización do mes anterior ao de redución da xornada
3. Libro de familia, ou de non existir, certificado da inscrición do fillo no Rexistro Civil ou resolución Libro de familia, ou de non existir, certificado da inscrición do fillo no Rexistro Civil ou resolución.
4. No suposto de non convivencia dos proxenitores/adoptantes/acolledores/titores, e en ausencia de acordo sobre o que debe percibir a prestación, documentación que acredite a custodia ou a carga de quen está o menor.
5. No caso de familias monoparentais: Libro de familia en que conste un só proxenitor/adoptante/acolledor/titor ou, no caso de que consten dous proxenitores/adoptantes/acolledores/titores, certificado de defunción dun deles, ou resolución xudicial en que se declare o abandono familiar dun deles.
6. Se o outro proxenitor/adoptante/acolledor/titor (segundo corresponda en cada caso):
 - a. É funcionario público; debe achegar certificado da administración da que dependa, no que quede constancia de que non é perceptor de permiso retribuído por coidado de menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave, conforme ao artigo 49.e) da Lei 7/2007 do 12 de abril do estatuto básico do empregado público.
 - b. É profesional alleo ao Sistema da Seguridade Social: debe achegar certificado de pertenza á mutualidade de colexio profesional á que pertenza.
7. Se o solicitante proxenitor/adoptante/acolledor/titor:
 - a. É traballador por conta allea do réxime xeral da Seguridade Social, deberá achegar copia do contrato de traballo vixente.
 - b. É TRADE, deberá achegar copia do contrato mercantil co seu cliente principal, debidamente selado no Servizo Público de Emprego.
 - c. É empregado do fogar, deberá achegar fotocopia do contrato de traballo.
8. Certificado de cotizacións subscrito pola empresa ou o empregador, no formulario facilitado pola empresa ou pola FREMAP.
9. Están exentas en todo o territorio nacional as rendas por prestacións e axudas familiares percibidas de calquera das Administracións Públicas, xa sexan vinculadas a nacemento, adopción, acollemento ou coidado de fillos menores, conforme ao que establece o artigo 7.z) da Lei 35/2006, do 28 de novembro, do IRPF e, na Comunidade Foral de Navarra, mediante a modificación introducida pola Lei Foral 25/2016, do 28 de decembro, con efectos do 1 de xaneiro de 2017, do artigo 7.k), cuarto parágrafo do Texto Refundido da Lei Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Lexislativo 4/2008, do 2 de xuño.

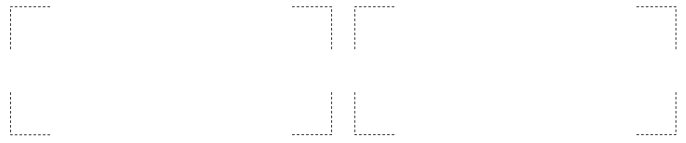
ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.



FREMAP

Mutua Colaboradora con la
Seguridad Social nº 61

CERTIFICADO DE EMPRESA DO SISTEMA ESPECIAL DE TRABALLADORES POR CONTA ALLEA AGRARIOS DO RÉXIME XERAL, PARA A PETICIÓN DE PRESTACIÓNS DA SEGURIDADE SOCIAL



D/D^a con DNI - NIE - pasaporte
que desempeña na empresa o cargo de

CERTIFICA, que son certos os datos relativos á empresa, así como os persoais, profesionais e de cotización, que a seguir se consignan, para os efectos de solicitar a prestación de.....⁽¹¹⁾

1. DATOS DA EMPRESA

Nome ou razón social					Código de conta de cotización			
Domicilio habitual: (rúa, praza)			Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Código postal
Localidade			Provincia			Teléfono		

2. DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

Apellidos e nome		Nº da Seguridade Social	DNI - NIE - Pasaporte
------------------	--	-------------------------	-----------------------

DATOS LABORAIS

Profesión e categoría	Grupo de cotización	Data de alta na empresa	Data de baixa, real ou prevista na empresa ⁽¹⁾
Data do último día de traballo, previo á extinción ou suspensión do contrato.....		Tipo de contrato ⁽²⁾	Causa da extinción ou suspensión do contrato ⁽³⁾
Ten días de vacacións anuais retribuídas e non gozadas? (4) SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Número de días desde ata			

DATOS DA INCAPACIDADE TEMPORAL: Data da baixa médica.....

BASES DE COTIZACIÓN DOS MESES ANTERIORES AO DA BAIXA MÉDICA⁽⁵⁾ ou, se non existir, do mesmo mes

Ano	Mes ⁽⁶⁾	Número de días cotizados ⁽⁷⁾	Base de continxencias comúns	Base de continxencias profesionais ⁽⁸⁾	Horas extras	Traballador con:
						Contrato indefinido <input type="checkbox"/>
						Contrato de duración determinada <input type="checkbox"/>
						Cotización mensual <input type="checkbox"/>
						Cotización por xornadas reais <input type="checkbox"/>
						Data do último día traballado.....
						Número de xornadas reais traballadas no último mes de traballo
Por vacacións anuais retribuídas e non gozadas antes da data do cesamento na empresa ⁽⁹⁾						
Observacións ⁽¹⁰⁾						

..... de de 20

Sinatura e selo

INFORMACIÓN PARA O SOLICITANTE

En caso de existir pluriemprego deberase presentar un certificado de empresa por cada relación laboral.

INSTRUCCIÓN PARA A EMPRESA PARA CUBRIR O CERTIFICADO

- (1) Para traballadores con contrato de duración determinada cubrirase coa data prevista de finalización do contrato en vigor.
- (2) Indicar se o tipo de contrato é indefinido, por obra, eventual, temporal, fixo-descontinuo, administrativo, etc.
- (3) Por extinción do contrato durante o período de proba, finalización do contrato, a pedimento do empresario (despedimento procedente, improcedente ou causa obxectiva), expediente de regulación de emprego, etc.

No suposto de finalización dun contrato temporal farase constar o motivo polo que non foi prorrogado (por vontade do empresario ou por vontade do traballador).

Se o cesamento foi nun contrato de interinidade, reflectirase se foi debido á incorporación do/da traballador/a, cuxo posto se estaba ocupando, ou por outro motivo.

- (4) Faranse constar, se for o caso, os días de vacacións anuais retribuídas que non fosen gozadas con anterioridade á finalización da relación laboral, de acordo co disposto no artigo 209.3 da Lei xeral da seguridade social, texto refundido aprobado por Real decreto lexislativo 1/1994, do 20 de xuño.

A cotización das vacacións non gozadas será obxecto de liquidación complementaria á do mes da extinción do contrato, de acordo co disposto na disposición adicional segunda da Orde TAS/118/2003, do 31 de xaneiro por que se desenvolven as normas de cotización á Seguridade Social, desemprego, fondo de garantía salarial e formación profesional.

- (5) Neste punto débense cubrir as bases de cotización seguintes:

1. Cando existir data prevista de extinción da relación laboral, ata 6 meses naturais completos anteriores ao da baixa médica.

Neste suposto, se a extinción da relación laboral se vai producir no medio dun mes, indicárase o número de días exactos ata a data da devandita extinción, correspondentes a ese mes e engadíranse os necesarios, mes a mes, ata completar un total de 180 días.

2. Cando non existir data prevista de extinción da relación laboral, as correspondentes ao mes anterior ao da data da baixa médica ou, se for o caso, do mesmo mes.

- (6) Indique o mes correspondente.
- (7) Indique o número de días cotizados ou de xornadas reais realizadas no mes. Se teñen que cubrirse as bases de cotización correspondentes ao mes da baixa médica, para o referido mes consígnanse as xornadas reais realizadas (ou, se for o caso, os días traballados) e os previstos por realizar ata o fin do mes.
- (8) Excluíranse das bases de cotización as correspondentes ás horas extraordinarias.
- (9) Se non houber vacacións anuais retribuídas e non gozadas antes do cesamento, ou corresponderen a unha relación laboral inferior a 12 días, farase constar cero. Se houber, en todo o caso, deberanse redondear ao enteiro superior.
- (10) Indique calquera outra circunstancia especial referida á cotización (folga, suspensión por sanción sen emprego e soldo, etc.). No caso de non dispor de espazo suficiente, pode anexar unha folla aclaratoria.
- (11) Identifícase a finalidade da expedición do certificado para os efectos da prestación da Seguridade Social que se pretende solicitar: incapacidade temporal, redución da xornada por coidado de menores afectados por cancro ou outra doenza grave, risco durante o embarazo ou a lactación natural.