FREMAP

*Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61*

Data de Entrada

Para ser cuberto pola FREMAP

# PETICIÓN DA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RISCO DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL

O feito de cubrir de maneira 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 producir, demorará a tramitación da súa petición. Antes de comezar a escribir, lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubrila correctamente.

**Moi importante:** a prestación económica que solicita non poderá ser recoñecida se previamente non lle foi estendido pola FREMAP o certificado médico en que se estableza a existencia do risco para o embarazo ou a lactación natural.

## 1. DATOS PERSOAIS

Apelidos e nome:

DNI Correo electrónico

## 2. MOTIVO DA PETICIÓN

☐ RISCO DURANTE O EMBARAZO

Data de inicio da suspensión do contrato

Data de inicio da suspensión do contrato: (conta propia)

Data probable do parto

☐ RISCO DURANTE A LACTACIÓN NATURAL

Data de inicio da suspensión do contrato

Data de inicio da suspensión do contrato:(conta propia)

Data nacemento do fillo

En ambos os casos, indique os postos de traballo ou funcións compatibles co seu estado que podería continuar a desenvolver, así como as razóns polas que o cambio non é posible:

## 3. SITUACIÓN PROTEXIDA

Sinale os procesos de incapacidade temporal que iniciase ou mantivese dende que FREMAP lle emitiu o certificado médico da situación de risco:

| Data da baixa médica | Data da alta médica | A baixa tivo relación ca súa situación de embarazo ou lactación? |
|---|---|---|
| | | ☐ SI ☐ NON |
| | | ☐ SI ☐ NON |
| | | ☐ SI ☐ NON |

(Se contestou que si que tivo algún proceso de incapacidade temporal relacionado coa súa situación de embarazo ou lactación, pregámoslle que achegue a información médica de que dispoña na revisión co facultativo da FREMAP).

## 4. DATOS FISCAIS

Tipo voluntario de retención por IRPF % (aplicable só se é superior ao que se aplica a normativa)

Se a súa residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, para os efectos de retención por IRPF desexa que se lle aplique:

☐ Tabla general. Número de hijos: ☐ Táboa de pensións ☐ Tipo voluntario

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Data de Entrada

Para ser cuberto pola FREMAP

## 5. DATOS BANCARIOS PARA O COBRO DA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Banco IBAN:

Rúa e localidade da sucursal:

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TRATAMENTO DE DATOS PERSOAIS CON FINES ADMINISTRATIVOS

Ao abeiro dos artigos 6.1 a) e 9.2 a) do Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, FREMAP, como Responsable do tratamento, solicita a súa autorización para a comunicación coa súa empresa que se indica a continuación, que aínda que non está especificamente prevista na Lei poda ser necesaria para un máis inmediato cumprimento das obrigas que corresponden ao empresario e unha máis áxil xestión das prestacións da Seguridade Social que competen á Mutua, informándolle que o consentimento é libre e voluntario polo que a non prestación do mesmo ou a súa retirada non ocasionará ningunha consecuencia adversa, aínda que o recoñecemento das prestacións que puidesen corresponderlle poderían demorarse por causas alleas a FREMAP.

Solicítase o seu consentimento para conseguir da súa empresa-ou a persoa física ou xurídica que realice por conta destas xestións administrativas - os datos económicos necesarios para a determinación do subsidio de incapacidade temporal que poida corresponderlle, coa finalidade de comprobar de maneira inmediata a corrección do cálculo das prestacións económicas ás que vostede poida ter dereito.

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

NON dou o meu consentimento ☐ SI dou o meu consentimento ☐

***DECLARO,*** baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, que subscribo para que me sexa recoñecida a prestación de risco durante o embarazo ou a lactación natural, manifestando que estou informada da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación deles que se puidese producir mentres perciba a prestación.

, de de

(Sinatura da solicitante)

Verifique que os datos de contacto facilitados son correctos e atópanse actualizados, xa que poderán ser utilizados por FREMAP para realizar as comunicacións necesarias relacionadas coa xestión e o seguimento da súa prestación, tanto por medios electrónicos como postais.

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, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal. (artigo 6.1 c) e, se é o caso, artigo 9.2 b) do citado Regulamento).

Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás impera-tivo 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 exercitar 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)

FREMAP
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61

Data de Entrada

Para ser cuberto pola FREMAP

# DECLARACIÓN DA EMPRESA OU DA TRABALLADORA POR CONTA PROPIA SOBRE A INEXISTENCIA DE POSTOS DE TRABALLO OU DE FUNCIÓNS COMPATIBLES

Non a cubra no caso de empregadas do fogar.
No caso das traballadoras por conta allea, é preceptivo acompañar con este documento o informe do servizo de vixilancia da saúde da empresa á que se refire o punto 3.

D/Dª.

con DNI/NIE/TIE  en calidad de

do organismo ou empresa  con CCC

e domicilio

núm.  localidade  C. Postal  Provincia

Teléfono  Correo Electrónico

***DECLARA*** en relación co cambio de posto de traballo ou funcións de:

Dª.  Socia traballadora/traballadora/TRADE desta empresa con núm. da Seguridade Social  e DNI/NIE/TIE

1. Que en relación coa existencia doutro posto de traballo ou función compatible co seu estado [(1)].

2. Os motivos polos que o cambio de posto de traballo ou de funcións non é técnica ou obxectivamente posible, ou non pode razoablemente ser esixida, son os seguintes:

3. En relación con estes asuntos, acompáñase informe emitido polo servizo de vixilancia da saúde, propio ou concertado, da empresa (non aplicable ás traballadoras autónomas).
4. Por iso, decidiuse que a suspensión do contrato de traballo ou o cesamento na actividade da traballadora autónoma comece con data:

, de de

(Sinatura e selo da empresa ou da traballadora por conta propia)

(1) Declaración sobre a existencia ou non doutro posto ou función compatible co seu estado. (Volver ó punto 1)

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.

**NOTA:** Este documento, co resto dos que integran o expediente tramitado pola FREMAP, poderá ser presentado pola Mutua perante a Inspección de Traballo e Seguridade Social cando se detectaren contradicións nas declaracións e certificacións achegadas, co obxecto de que por parte dela sexa emitido o informe previsto no Real decreto 295/2009, do 6 de marzo, sobre a súa conformidade ou discrepancia en relación coas medidas adoptadas pola empresa ou pola traballadora autónoma. Nestes casos, o prazo de trinta días para que a FREMAP recoñeza ou denegue o dereito ao subsidio ficará suspendido ata a recepción do devandito informe.

FREMAP

*Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 61*

# INSTRUCIÓNS PARA CUBRIR CORRECTAMENTE A PETICIÓN

- Escriba con claridade e en letras maiúsculas.
- Solicite o asesoramento e axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.
- O feito de cubrir de maneira 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 producir, demorará a tramitación da petición.

## DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON ESTA PETICIÓN

**AVISO IMPORTANTE: Os documentos indicados nos apartados seguintes, agás os que acreditan a identidade do solicitante, cando non fose posible a súa achega polas consecuencias da DANA , deberán reflectirse na DECLARACIÓN RESPONSABLE que se acompaña con esta solicitude e entregarse en FREMAP no prazo dun mes, agás motivo xustificado, que deberá igualmente acreditarse ante a Mutua.**

1. Deberá acreditar a súa identidade coa sinatura desta solicitude mediante certificado dixital ou, no seu defecto, coa presentación en persoa do orixinal do DNI ou documento oficial que o substitúa, que será cotexado por FREMAP e seralle devolto (por favor, en ningún caso debe achegarse co resto de documentación fotocopia do DNI). En lugar do indicado, para evitar a comparecencia física nas oficinas de FREMAP, poderá optar por achegar un certificado actualizado da titularidade da conta corrente que consignou para o aboamento da prestación, debendo aparecer como titular no devandito certificado ou, na súa falta, un recibo bancario con algún cargo, de data non anterior ao mes previo á solicitude, no que conste completo o IBAN e a súa titularidade da conta corrente de cargo.
2. No caso de traballadoras embarazadas, informe actualizado do médico do Servizo Público de Saúde que acredite a situación de embarazo e a data probable do parto, para o suposto de que no certificado médico emitido por FREMAP non se considerase presente o risco no momento da súa solicitude, pero se si a posibilidade de concorrencia nunha data posterior.
3. Declaración da empresa ou da traballadora autónoma sobre a inexistencia de postos de traballo ou de funcións compatibles co estado da traballadora. Se a traballadora por conta propia presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil, a declaración deberá ser cuberta polo administrador da sociedade. Se a traballadora é autónoma economicamente dependente (TRADE), a declaración deberá facela o representante legal do cliente.
4. No caso das traballadoras por conta allea:
   a. Informe do servizo de vixilancia da saúde da empresa sobre a inexistencia de postos de traballo compatibles co estado da traballadora (artigo 39.4.b. do Real decreto 295/2009, do 6 de marzo).
   b. Certificado de cotizacións da empresa.
5. No caso das traballadoras por conta propia:
   a. Declaración de situación da actividade (non aplicable ás traballadoras do SETA e ás TRADE).
   b. Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico. De no aportarse los recibos correspondientes al mes en que se suspenda la actividad o el del mes previo a éste, se presumirán abonados pero la mutua deberá proceder a comprobarlo con posterioridad, reclamando en su caso las prestaciones indebidamente percibidas.
6. No caso das empregadas do fogar:
   a. Declaración do titular do fogar familiar, anexo a este formulario.
   b. Certificado de cotizacións do empregador, mediante o formulario que lle entregará a FREMAP.
7. E o modelo 145 de situación para os efectos de IRPF debidamente cuberto (agás País Vasco e Navarra, supostos nos que debe achegarse, no seu lugar, fotocopia do Libro de Familia para acreditar a data de nacemento dos fillos).

### FREMAP INFORMA

A traballadora estará obrigada a comunicar á FREMAP calquera circunstancia que implique a suspensión ou extinción do dereito ao subsidio. En particular, no caso da prestación económica por risco durante o embarazo:

- O inicio do descanso por maternidade.
- A reincorporación ao traballo anterior ou a outro compatible.
- A extinción do contrato de traballo ou a baixa no RETA.
- A interrupción do embarazo.

E, no suposto da prestación económica por risco durante a lactación natural:

- A interrupción da lactación natural.
- Facer o fillo os nove meses de idade.
- A reincorporación ao traballo anterior ou a outro compatible.
- A extinción do contrato de traballo ou á baixa no RETA.

O incumprimento desta obriga regulamentaria podería dar lugar á declaración como indebido do subsidio percibido no período correspondente, coa respectiva obriga de reintegro, mesmo a través da vía de constrinximento a cargo da Tesouraría Xeral da Seguridade Social.

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.

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA A TRAMITACIÓN DA SOLICITUDE DE PRESTACIÓNS ECONÓMICAS A FAVOR DE PERSOAS TRABALLADORAS POR CONTA ALLEA E CONTA PROPIA AFECTADAS POLA DANA**

***(Artigo 26, parágrafo primeiro, do Real Decreto-lei 6/2024, do 5 de novembro, polo que se adoptan medidas urxentes de resposta ante os danos causados pola DANA en diferentes municipios entre o 28 de outubro e o 4 de novembro de 2024)***

D/D.ª ..... , con DNI/NIE..... , mediante a presente declaración e baixo a miña responsabilidade, declaro que, sufrindo os danos causados pola DANA nun dos municipios relacionados no anexo do Real Decreto-lei 6/2024, do 5 de novembro, non podo achegar, xunto coa presente solicitude de prestación económica da Seguridade Social, os documentos que relaciono a continuación, preceptivos para o recoñecemento, mantemento ou revisión do dereito á devandita prestación:

**DOCUMENTOS QUE NON PODEN ACHEGARSE NESTE MOMENTO:**

Comprométome a achegar estes documentos no prazo dun mes desde a presentación desta solicitude, así como, se é o caso, a acreditar ante FREMAP a imposibilidade de tal achega nese prazo que puidese xurdir por motivos xustificados, debendo cumprir en todo caso os requirimentos da Mutua para entregar estes documentos.

Así mesmo, declaro baixo a miña responsabilidade cumprir os requisitos para o acceso á prestación económica solicitada, que quedarán definitivamente acreditados coa achega dos documentos comprometidos.

Finalmente, manifesto estar informado que a inexactitude, falsidade ou omisión, de carácter esencial, na presente declaración responsable determinase a imposibilidade de seguir percibindo a prestación económica solicitada, así como a obriga de reintegrar as cantidades indebidamente percibidas, sen prexuízo das responsabilidades penais, civís ou administrativas a que houbese lugar, de conformidade co previsto no artigo 69 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do Procedemento Administrativo Común das Administracións Públicas.

En....., a..... de..... de.....

(Sinatura do declarante)

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, pola 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 corresponderlle en virtude da normativa vixente, sendo o tratamento necesario para o cumprimento dunha obriga legal (artigo 6.1 c) e, se é o caso, (ar igo 9.2 b) 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 exercitar os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en www.fremap.es
Igualmente, se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es)

## INFORMACIÓN SOBRE A SISTEMÁTICA DE ABOAMENTO DA PRESTACIÓN

O pagamento do subsidio de incapacidade temporal realizarase mediante transferencia bancaria á conta corrente que consignou nesta solicitude.

Para iso NON deberá presentar ante FREMAP os partes de confirmación que lle sexan estendidos polo médico que lle atende durante a súa baixa médica.

As transferencias bancarias realizaranse o último día hábil de cada mes, de acordo coa programación que se indica a continuación

### Calendario de pagamentos de todas as prestacións económicas periódicas durante 2025:




**Nota: Nestas datas, FREMAP emite a orde de transferencia bancaria, podendo recibirse o aboamento na conta corrente do beneficiario ao seguinte día hábil.**

O período que se aboará será ata o día 23 de cada mes.

Porén, se a incapacidade temporal superou a duración de 365 días, o período que se aboará será como máximo ata o penúltimo día hábil de cada mes. Por exemplo, se a transferencia bancaria se emite un luns, o aboamento corresponderá ata o venres previo.

**FOLLA PARA O TRABALLADOR BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN**

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/Dª..... 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

| Apelidos 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 ☐ NON ☐ 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Por vacacións anuais retribuídas e non gozadas antes da data do cesamento na empresa (9) | | | | | |

Observacións (10)

**Traballador con:**

- Contrato indefinido ☐
- Contrato de duración determinada ☐
- Cotización mensual ☐
- Cotización por xornadas reais ☐

Data do último día traballado.....

Número de xornadas reais traballadas no último mes de traballo .....

..... , .....de..... de 20 .....

Sinatura e selo .....

2012051

C-075

## INFORMACIÓN PARA O SOLICITANTE

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

## INSTRUCIÓNS 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, indicarase o número de días exactos ata a data da devandita extinción, correspondentes a ese mes e engadiranse 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 consignaranse as xornadas reais realizadas (ou, se for o caso, os días traballados) e os previstos por realizar ata o fin do mes.

(8) Excluiranse 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) Identificarase 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.

# Imposto sobre a Renda das Persoas Físicas  Retencións sobre rendementos do traballo

# Comunicación de datos ao pagador (artigo 88 do Regulamento do IRPF)

Modelo **145**

Se prefire non comunicar á empresa ou entidade pagadora algún dos datos aos que se refire este modelo, a retención que se lle practique podería resultar superior á procedente. En tal caso, poderá recuperar a diferenza, se procede, ao presentar a súa declaración do IRPF correspondente ao exercicio de que se trate.

**Atención**: a inclusión de datos falsos, incompletos ou inexactos nesta comunicación, así como a falta de comunicación de variacións nestes que, de seren coñecidas polo pagador, determinasen unha retención superior, constitúe infracción tributaria sancionable con multa do 35 ao 150 por 100 das cantidades que se deixaran de reter por esta causa. (Artigo 205 da Lei 58/2003, do 17 de decembro, xeral tributaria).

## 1. Datos do perceptor que efectúa a comunicación

NIF | Apelidos e Nome | Ano de nacemento

**Situación familiar:**

- Solteiro/a, viúvo/a, divorciado/a ou separado/a legalmente con fillos solteiros menores de 18 anos ou incapacitados xudicialmente e sometidos a patria potestade prorrogada ou rehabilitada que conviven exclusivamente con Vde., sen convivir tamén co outro proxenitor, sempre que proceda consignar polo menos un fillo ou descendente no apartado 2 deste documento ..... 1 ☐
- Casado/a e non separado/a legalmente cuxo cónxuxe non obtén rendas superiores a 1.500 euros anuais, excluídas as exentas ..... 2 ☐

  NIF do cónxuxe (se marcou a casa 2, deberá consignar nesta casa o NIF do seu cónxuxe) .....
- Situación familiar distinta das dúas anteriores (solteiros sen fillos, casados cuxo cónxuxe obtén rendas superiores a 1.500 euros anuais, etc.) ..... 3 ☐
  (Marque tamén esta casa se non desexa manifestar a súa situación familiar).

**Discapacidade** (grao de discapacidade recoñecido) Igual ou superior ao 33% e inferior ao 65% .. ☐ Ademais, teño acreditada a necesidade de axuda de terceiras persoas ou mobilidade reducida ..... ☐ Igual ou superior ao 65% .. ☐

**Mobilidade xeográfica:** Se anteriormente estaba vostede en situación de desemprego e inscrito na oficina de emprego e a aceptación do posto de traballo actual esixiu o traslado da súa residencia habitual a un novo municipio, indique a data do devandito traslado .....

**Obtención de rendementos con período de xeración superior a 2 anos durante os 5 períodos impositivos anteriores:**
Marque esta casa se, no prazo comprendido nos 5 períodos impositivos anteriores ao exercicio ao que corresponde a presente comunicación, percibiu rendementos do traballo con período de xeración superior a 2 anos, aos que, para os efectos do cálculo do tipo de retención lle fose aplicada a redución por irregularidade considerada no artigo 18.2 da Lei do imposto e, non obstante, posteriormente vostede non aplicase a citada redución na súa correspondente autoliquidación do Imposto sobre a renda ..... ☐

## 2. Fillos e outros descendentes menores de 25 anos, ou maiores da devandita idade se son discapacitados, que conviven co perceptor

Datos dos fillos ou descendentes menores de 25 anos (ou maiores da devandita idade se son discapacitados) que conviven con Vde. e que non teñen rendas anuais superiores a 8.000 euros.

**Fillos ou descendentes con discapacidade** (grao de discapacidade recoñecido)

Se algún dos fillos ou descendentes ten recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao 33 por 100, marque cunha "X" a/s casa/s que corresponda/n á súa situación.

**Cómputo por enteiro de fillos ou descendentes**

En caso de fillos que convivan unicamente con Vde., sen convivir tamén co outro proxenitor (pai ou nai), ou de netos que convivan unicamente con Vde., sen convivir tamén con ningún outro dos seus avós, indíqueo marcando cunha "X" esta casa.

| Ano de nacemento | Ano de adopción ou acollemento (1) | Grao igual ou superior ao 33% e inferior ao 65% | Ademais, ten acreditada a necesidade de axuda de terceiras persoas ou mobilidade reducida | Grao igual ou superior ao 65% | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |

**Atención:** Se ten máis de catro fillos ou descendentes, achegue outro exemplar cos datos do quinto e sucesivos.

(1) Soamente no caso de fillos adoptados ou de menores acollidos. Tratándose de fillos adoptados que previamente fosen acollidos, indique unicamente o ano do acollemento.

## 3. Ascendentes maiores de 65 anos, ou menores da devandita idade se son discapacitados, que conviven co perceptor

Datos dos ascendentes maiores de 65 anos (ou menores da devandita idade se son discapacitados) que conviven con Vde. durante, polo menos, a metade do ano e que non teñen rendas anuais superiores a 8.000 euros.

**Ascendentes con discapacidade** (grao de discapacidade recoñecido)

Se algún dos ascendentes ten recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao 33 por 100, marque cunha "X" a/s casa/s que corresponda/n á súa situación.

**Convivencia con outros descendentes**

Se algún dos ascendentes convive, tamén polo menos durante a metade do ano, con outros descendentes do mesmo grao ca Vde., indique nesta casa o número total de descendentes cos que convive, incluído Vde. (Se os ascendentes só conviven con Vde., non cubra esta casa).

| Ano de nacemento | Grao igual ou superior ao 33% e inferior ao 65% | Ademais, ten acreditada a necesidade de axuda de terceiras persoas ou mobilidade reducida | Grao igual ou superior ao 65% | |
|---|---|---|---|---|
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |

## 4. Pensións compensatorias en favor do cónxuxe e anualidades por alimentos en favor dos fillos, fixadas ambas as dúas por decisión xudicial

**Pensión compensatoria en favor de cónxuxe.** Importe anual que está Vde. obrigado a satisfacer por resolución xudicial .....

**Anualidades por alimentos en favor dos fillos.** Importe anual que está Vde. obrigado a satisfacer por resolución xudicial .....

## 5. Pagamentos pola adquisición ou rehabilitación da vivenda habitual utilizando financiamento alleo, con dereito a dedución no IRPF

**Importante:** só poderán cumprir este apartado os contribuíntes que adquirisen a súa vivenda habitual, ou satisfixesen cantidades por obras de rehabilitación desta, antes do 1 de xaneiro de 2013.

Se está a efectuar vostede pagamentos por préstamos destinados á adquisición ou rehabilitación da súa vivenda habitual polos que vaia ter dereito a dedución por investimento en vivenda habitual no IRPF e a contía total das súas retribucións íntegras en concepto de rendementos do traballo procedentes de todos os seus pagadores é inferior a 33.007,20 euros anuais, marque cunha "X" esta casa ..... ☐

## 6. Data e sinatura da comunicación

Manifesto ser contribuínte do IRPF e declaro que son certos os datos arriba indicados, presentando ante a empresa ou entidade pagadora a presente comunicación da miña situación persoal e familiar, ou da súa variación, aos efectos previstos no artigo 88 do Regulamento do IRPF.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Sinatura do perceptor:

Asdo.: D / D.ª _____

## 7. Notificación de recibo

A empresa ou entidade: _____

acusa recibo da presente comunicación e documentación.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Sinatura autorizada e selo da empresa ou entidade pagadora:

Asdo.: D / D.ª _____

De conformidade co disposto no artigo 11 da Lei orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais, o perceptor terá dereito a ser informado previamente da existencia dun ficheiro ou tratamento de datos de carácter persoal, da finalidade da recollida destes e dos destinatarios da información, da identidade e enderezo do responsable do tratamento ou, no seu caso, do seu representante, así como da posibilidade de exercitar os seus dereitos de acceso, rectificación ou cancelación destes.

**Exemplar para empresa ou entidade pagadora**

# Imposto sobre a Renda das Persoas Físicas  Retencións sobre rendementos do traballo

# Comunicación de datos ao pagador (artigo 88 do Regulamento do IRPF)

Modelo **145**

Se prefire non comunicar á empresa ou entidade pagadora algún dos datos aos que se refire este modelo, a retención que se lle practique podería resultar superior á procedente. En tal caso, poderá recuperar a diferenza, se procede, ao presentar a súa declaración do IRPF correspondente ao exercicio de que se trate.

**Atención**: a inclusión de datos falsos, incompletos ou inexactos nesta comunicación, así como a falta de comunicación de variacións nestes que, de seren coñecidas polo pagador, determinasen unha retención superior, constitúe infracción tributaria sancionable con multa do 35 ao 150 por 100 das cantidades que se deixaran de reter por esta causa. (Artigo 205 da Lei 58/2003, do 17 de decembro, xeral tributaria).

## 1. Datos do perceptor que efectúa a comunicación

NIF | Apelidos e Nome | Ano de nacemento

**Situación familiar:**

- Solteiro/a, viúvo/a, divorciado/a ou separado/a legalmente con fillos solteiros menores de 18 anos ou incapacitados xudicialmente e sometidos a patria potestade prorrogada ou rehabilitada que conviven exclusivamente con Vde., sen convivir tamén co outro proxenitor, sempre que proceda consignar polo menos un fillo ou descendente no apartado 2 deste documento ..... 1 ☐
- Casado/a e non separado/a legalmente cuxo cónxuxe non obtén rendas superiores a 1.500 euros anuais, excluídas as exentas ..... 2 ☐

  NIF do cónxuxe (se marcou a casa 2, deberá consignar nesta casa o NIF do seu cónxuxe) .....
- Situación familiar distinta das dúas anteriores (solteiros sen fillos, casados cuxo cónxuxe obtén rendas superiores a 1.500 euros anuais, etc.) ..... 3 ☐
  (Marque tamén esta casa se non desexa manifestar a súa situación familiar).

**Discapacidade** (grao de discapacidade recoñecido) Igual ou superior ao 33% e inferior ao 65% .. ☐ Ademais, teño acreditada a necesidade de axuda de terceiras persoas ou mobilidade reducida ..... ☐ Igual ou superior ao 65% .. ☐

**Mobilidade xeográfica:** Se anteriormente estaba vostede en situación de desemprego e inscrito na oficina de emprego e a aceptación do posto de traballo actual esixiu o traslado da súa residencia habitual a un novo municipio, indique a data do devandito traslado .....

**Obtención de rendementos con período de xeración superior a 2 anos durante os 5 períodos impositivos anteriores:**
Marque esta casa se, no prazo comprendido nos 5 períodos impositivos anteriores ao exercicio ao que corresponde a presente comunicación, percibiu rendementos do traballo con período de xeración superior a 2 anos, aos que, para os efectos do cálculo do tipo de retención lle fose aplicada a redución por irregularidade considerada no artigo 18.2 da Lei do imposto e, non obstante, posteriormente vostede non aplicase a citada redución na súa correspondente autoliquidación do Imposto sobre a renda ..... ☐

## 2. Fillos e outros descendentes menores de 25 anos, ou maiores da devandita idade se son discapacitados, que conviven co perceptor

Datos dos fillos ou descendentes menores de 25 anos (ou maiores da devandita idade se son discapacitados) que conviven con Vde. e que non teñen rendas anuais superiores a 8.000 euros.

**Fillos ou descendentes con discapacidade** (grao de discapacidade recoñecido)
Se algún dos fillos ou descendentes ten recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao 33 por 100, marque cunha "X" a/s casa/s que corresponda/n á súa situación.

**Cómputo por enteiro de fillos ou descendentes**
En caso de fillos que convivan unicamente con Vde., sen convivir tamén co outro proxenitor (pai ou nai), ou de netos que convivan unicamente con Vde., sen convivir tamén con ningún outro dos seus avós, indíqueo marcando cunha "X" esta casa.

| Ano de nacemento | Ano de adopción ou acollemento (1) | Grao igual ou superior ao 33% e inferior ao 65% | Ademais, ten acreditada a necesidade de axuda de terceiras persoas ou mobilidade reducida | Grao igual ou superior ao 65% | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |

**Atención:** Se ten máis de catro fillos ou descendentes, achegue outro exemplar cos datos do quinto e sucesivos.

(1) Soamente no caso de fillos adoptados ou de menores acollidos. Tratándose de fillos adoptados que previamente fosen acollidos, indique unicamente o ano do acollemento.

## 3. Ascendentes maiores de 65 anos, ou menores da devandita idade se son discapacitados, que conviven co perceptor

Datos dos ascendentes maiores de 65 anos (ou menores da devandita idade se son discapacitados) que conviven con Vde. durante, polo menos, a metade do ano e que non teñen rendas anuais superiores a 8.000 euros.

**Ascendentes con discapacidade** (grao de discapacidade recoñecido)
Se algún dos ascendentes ten recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao 33 por 100, marque cunha "X" a/s casa/s que corresponda/n á súa situación.

**Convivencia con outros descendentes**
Se algún dos ascendentes convive, tamén polo menos durante a metade do ano, con outros descendentes do mesmo grao ca Vde., indique nesta casa o número total de descendentes cos que convive, incluído Vde. (Se os ascendentes só conviven con Vde., non cubra esta casa).

| Ano de nacemento | Grao igual ou superior ao 33% e inferior ao 65% | Ademais, ten acreditada a necesidade de axuda de terceiras persoas ou mobilidade reducida | Grao igual ou superior ao 65% | |
|---|---|---|---|---|
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |
| ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ | ..... ☐ |

## 4. Pensións compensatorias en favor do cónxuxe e anualidades por alimentos en favor dos fillos, fixadas ambas as dúas por decisión xudicial

**Pensión compensatoria en favor de cónxuxe.** Importe anual que está Vde. obrigado a satisfacer por resolución xudicial .....

**Anualidades por alimentos en favor dos fillos.** Importe anual que está Vde. obrigado a satisfacer por resolución xudicial .....

## 5. Pagamentos pola adquisición ou rehabilitación da vivenda habitual utilizando financiamento alleo, con dereito a dedución no IRPF

**Importante:** só poderán cumprir este apartado os contribuíntes que adquirisen a súa vivenda habitual, ou satisfixesen cantidades por obras de rehabilitación desta, antes do 1 de xaneiro de 2013.

Se está a efectuar vostede pagamentos por préstamos destinados á adquisición ou rehabilitación da súa vivenda habitual polos que vaia ter dereito a dedución por investimento en vivenda habitual no IRPF e a contía total das súas retribucións íntegras en concepto de rendementos do traballo procedentes de todos os seus pagadores é inferior a 33.007,20 euros anuais, marque cunha "X" esta casa ..... ☐

## 6. Data e sinatura da comunicación

Manifesto ser contribuínte do IRPF e declaro que son certos os datos arriba indicados, presentando ante a empresa ou entidade pagadora a presente comunicación da miña situación persoal e familiar, ou da súa variación, aos efectos previstos no artigo 88 do Regulamento do IRPF.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Sinatura do perceptor:

Asdo.: D / D.ª _____

## 7. Notificación de recibo

A empresa ou entidade: _____

acusa recibo da presente comunicación e documentación.

En _____ , día _____ de _____ de _____

Sinatura autorizada e selo da empresa ou entidade pagadora:

Asdo.: D / D.ª _____

De conformidade co disposto no artigo 11 da Lei orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais, o perceptor terá dereito a ser informado previamente da existencia dun ficheiro ou tratamento de datos de carácter persoal, da finalidade da recollida destes e dos destinatarios da información, da identidade e enderezo do responsable do tratamento ou, no seu caso, do seu representante, así como da posibilidade de exercitar os seus dereitos de acceso, rectificación ou cancelación destes.

**Exemplar para o perceptor**