

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

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

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

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

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

1. DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT

Cognoms i nom:

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

Nº de Afiliación:

Data de naixement:

Núm. de telèfon:

Adreça electrònica:

Domicili:

Població:

Codi Postal:

En condició de:

PROGENITOR/ACOLLIDOR/ADOPTANT/TUTOR

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

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

Treballador per compte propi

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

Treballador del SETA

TRADE

Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

Fix

Eventual (fi de contracte)

A tiempo parcial

Fix discontinu (fi de campanya)

Treballadora de la llar

Interna

Temps parcial

Externa

Un llar familiar

Jornada completa

Diverses llars familiars

Relació amb el menor

Progenitor

Tutor

Acollidor preadoptiu/permanent

Adoptant

Altres

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

Incapacidad Temporal

Data d'inici

Data de fi

Maternitat/Paternitat

Data d'inici

Data de fi

Risc durant l'embaràs

Data d'inici

Data de fi

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

Cognoms i nom:

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

Nº de Afiliación:

Data de naixement:

Núm. de telèfon:

Adreça electrònica:

Domicili:

Població:

Codi Postal:

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

Treballador per compte propi

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

Treballador del SETA

TRADE

Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

Fix

Fix discontinu (fi de campanya)

A temps parcial

Eventual (fi de contracte)

Treballadora de la llar

Interna

Temps parcial

Externa

Un llar familiar

Jornada completa

Diverses llars familiars

Relació amb el menor

Progenitor

Tutor

Acollidor preadoptiu/permanent

Adoptant

Altres

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

Incapacitat temporal

Data d'inici

Data de fi

Maternitat/Paternitat

Data d'inici

Data de fi

Risc durant l'embaràs

Data d'inici

Data de fi

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

Cognoms i nom

DNI-NIF

Data de naixement

Data Diagnòstic

Cognoms i nom

DNI-NIF

Data de naixement

Data Diagnòstic

Cognoms i nom

DNI-NIF

Data de naixement

Data Diagnòstic

4. MOTIUS DE LA SOL·LICITUD

Ingrés hospitalari del menor, des de _____ fins a _____

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

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

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

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

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

Data d'inici de la jornada reduïda _____

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

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

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

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

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

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

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

Banc: _____ IBAN: _____

Carrer i població de la sucursal: _____

DECLARO, baix la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigne en aquesta sol·licitud, i manifeste igualment que quede assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades expressades que es pugua pro-duir d'ara endavant, i **MANIFESTE**, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de totes les dades de l'historial clínic del menor, custodiat pels serveis públics de salut o centres concertats, així com perquè les meues dades d'identificació personal i residència puguin ser consultades amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat.

SOL·LICITE, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se'm reconegua la prestació econòmica per cura de menors afec-tats per càncer o una altra malaltia greu.

_____, de/d' _____ de

(Firma del sol·licitant.)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MUTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren correspondre, d'acord amb la normativa vigent, així com fer enquestes de qualitat que permeten una millora de la gestió desenvolupada (article 6.1 c) del citat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament, dret a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, de manera presencial en qualsevol de les oficines o hospitals de FREMAP o per correu electrònic dirigit a derechos_arco@fremap.es firmant la sol·licitud amb certificat electrònic. Així mateix, té dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. (www.aepd.es)

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

1. DADES DEL SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

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

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

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

3. DADES DEL PACIENT MENOR

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

Avaluació de necessitats d'atenció directe, continu i permanent:

A. Teràpies i atencions

A.1 Teràpies intravenoses i subcutànies

Antibioteràpia	Quimioteràpia	Fluidoteràpia	Transfusions
Analgèsia	Altres		

A.2 Teràpies nutricionals / digestives

Nutrició enteral diürna	Nutrició enteral nocturna	Nutrició parenteral diürna	Nutrició parenteral nocturna
Sonda nasogàstrica	Gastrostomia	Ieyunostomia	Ileostomia
Colostomia			

A.3 Teràpies respiratòries

Traqueostomia	Ventilació mecànica invasiva	Ventilació mecànica no Invasiva diurna	Ventilació mecànica no Invasiva exclusivament nocturna
Aspiració de secrecions	Oxigenoteràpia	Assistent de la tos	Marcapassos diafragmàtics
Mobilització mucociliar armilles			

A.4 Atencions quirúrgiques

Cura quirúrgica

Cura completa

Atencions ostomies

A.5 Teràpies urològiques / nefrològiques

Sondatge vesical
intermitent

Cistostomia permanent

Ureterostomia

Hemodiàlisi

Diàlisi peritoneal

A.6 Monitorització

Neumocardiograma

B. Malgrat no presentar els requeriments previs, es considera que el menor requereix atencions específiques per les següents raons:

- a) Immunosupressió important
- b) Atencions pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la seua malaltia
- c) Epilèpsia de difícil control
- d) Otros (Especificar detalladament)

C. Donades les seues condicions el pacient pot acudir a un centre educatiu o a un centre terapèutic especialitzat en les seues atencions durant el dia?

SI NO

Té un centre assignat? SI NO

D. En el moment actual es troba en situació basal?

SI NO

En cas de contestar "NO", la seua situació actual implica un augment de les seues atencions o de necessitat de vigilància i/o monitorització? SI NO

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

Cognoms i nom:

Núm. de col·legiat:

Especialitat/Càrrec:

Hospital / Centre sanitari:

Població:

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

Des de: Fins a:

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

(2) Per a majors de 14 anys.

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

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

, de/d' de

(Signatura i segell)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

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

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

El Sr. / La Sra.:

amb DNI/NIE/Passaport:

I NAF:

i

El Sr. / La Sra.:

amb DNI/NIE/Passaport:

I NAF:

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

ACORDEN

que sigua el Sr. / la Sra.

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

, de/d' de

Signatura

Signatura

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren correspondre, d'acord amb la normativa vigent, així com fer enquestes de qualitat que permeten una millora de la gestió desenvolupada (article 6.1 c) del citat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguin presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament, dret a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, de manera presencial en qualsevol de les oficines o hospitals de FREMAP o per correu electrònic dirigit a derechos_arco@fremap.es firmant la sol·licitud amb certificat electrònic. Així mateix, té dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades. (www.aepd.es)

INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

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

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

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

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

- Haurà d'acreditar la seua identitat amb la firma d'esta sol·licitud mitjançant certificat digital o, si no, amb la presentació en persona de l'original del DNI o document oficial que el substituïska, que serà comparat per FREMAP i li serà tornat (per favor, en cap cas ha d'aportar-se amb el reste de documentació fotocopia del DNI). En comptes de l'indicat, per a evitar la personació física en les oficines de FREMAP, podrà optar per aportar un certificat actualitzat de la titularitat del compte corrent que ha consignat per a l'abonament de la prestació, havent d'aparéixer com titular en este certificat o, si no, un rebut bancari amb algun càrrec, de data no anterior al mes previ a la sol·licitud, en què conste complet l'IBAN i la seua titularitat del compte corrent de càrrec.
- Documentació relativa a la cotització:
 - Per als Artistes i Professionals Taurins: Declaració d'activitats i justificants d'actuacions que no hagen sigut presentats a la Tresoreria General de la Seguretat Social.
 - Treballadors responsables de l'ingrés de les quotes. Fotocopia del butlletí de cotització del mes anterior al de reducció de la jornada.
- Documentació relativa a la relació amb el causant:
 - Per a Progenitor/Acollidor/Adoptant/Tutor: Llibre de família, o si no, certificat de la inscripció del fill en el Registre Civil o resolució judicial/administrativa de l'adopció, acolliment o designació com a tutor.
 - Per a Cònjuge o Parella de Fet: Certificat de Matrimoni o, en cas de Parella de Fet, certificat del Registre de Parella de Fet o còpia de l'escriptura notarial de la seua constitució.
- En el supòsit de no convivència dels progenitors/adoptants/acollidors/tutors, i en absència d'acord sobre qui ha de percebre la prestació, documentació que acredite la custòdia o a càrrec de qui està el menor.
- En el cas de famílies monoparentals: Llibre de família en què conste un sol progenitor/adoptant/acollidor/tutor o, en cas que constin dos progenitors/adoptants/acollidors/tutors, certificat de defunció d'un d'ells, o resolució judicial en què es declare l'abandonament familiar d'un d'ells.
- Si l'altre progenitor/adoptant/acollidor/tutor (segons corresponga en cada cas):
 - És **funcionari públic**: cal aportar un certificat de l'Administració de la qual depengua, on quede constància que no s'és perceptor de permís retribuït per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, de conformitat amb l'article 49.e) de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut bàsic de l'empleat públic.
 - És **professional aliè al Sistema de la Seguretat Social**: cal aportar un certificat de pertinença a la mutualitat de col·legi professional a què es pertanya.
- Si el sol·licitant progenitor/adoptant/acollidor/tutor:
 - És treballador per compte d'altri del Règim General de la Seguretat Social, cal aportar una còpia del contracte de treball vigent.
 - És TRADE, cal aportar una còpia del contracte mercantil amb el client principal, degudament segellat en el Servei Públic d'Ocupació.
 - Es empleat de la llar, ha d'aportar una fotocòpia del contracte de treball.
- Certificat de cotitzacions subscrit per l'empresa o l'ocupador, en el formulari facilitat per l'empresa o per FREMAP.
- Estan exemptes en tot el territori nacional les rendes per prestacions i ajudes familiars percebudes de qualsevol de les Administracions Públiques, ja siguen vinculades a naixement, adopció, acolliment o atenció de fills menors, de conformitat amb el que estableix l'article 7.z) de la Llei 35/2006, de 28 de novembre, de l'IRPF i, a la Comunitat Foral de Navarra, mitjançant la modificació introduïda per la Llei Foral 25/2016, de 28 de desembre, amb efectes

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.



FREMAP

Mutua Colaboradora con la
Seguridad Social nº 61

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

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

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

1. DADES DE L'EMPRESA

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

2. DADES DEL / DE LA TREBALLADOR/A

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

DADES LABORALS

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

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

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

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

....., de de 20

Signatura i segell

INFORMACIÓ PER AL SOL·LICITANT

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

INSTRUCCIONS D'EMPLENAMENT PER A L'EMPRESA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (6) S'hi ha d'indicar el mes corresponent.
- (7) S'hi ha d'indicar el nombre de dies cotitzats o de jornades reals realitzades durant el mes. Si s'han d'indicar les bases de cotització corresponents al mes de la baixa mèdica, per a aquest mes s'hauran de consignar les jornades reals realitzades (o, si escau, els dies treballats) i les que es preveja realitzar fins a final de mes.
- (8) Queden excloses de les bases de cotització les corresponents a les hores extraordinàries.
- (9) Si no hi ha vacances anuals retribuïdes i no realitzades abans del cessament, o corresponen a una relació laboral inferior a 12 dies, s'hi ha de fer constar zero. Si n'hi ha, en tot cas, s'han d'arrodonir a l'enter superior.
- (10) S'hi ha d'indicar qualsevol altra circumstància especial referida a la cotització (vaga, suspensió per sanció sense feina i sou, etc.). En el cas que no hi haja prou espai, s'hi pot adjuntar un full aclaridor.
- (11) Cal identificar la finalitat de l'expedició del certificat a l'efecte de la prestació de la Seguretat Social que es pretén sol·licitar: incapacitat temporal, reducció de la jornada per cura de menors afectats per càncer o alguna altra malaltia greu, risc durant l'embaràs o la lactància natural.