

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

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que 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](http://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-se la condició de que la prestació econòmica sol·licitada sigui prolongació de la ja reconeguda prèviament, perquè el diagnòstic i les necessitats d'atenció s'hagin produït i acreditat abans de complir-se els 18 anys pel causant

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

Treballador per compte propi

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

Treballador del SETA

TRADE

Cap dels anteriors

Treballador per compte d'altre

Fix

Eventual (fi de contracte)

A tiempo parcial

Fix discontinu (fi de campanya)

Treballadora de la llar

Interna

Temps parcial

Externa

Un llar familiar

Jornada completa

Diverses llars familiars

Relació amb el menor

Progenitor

Tutor

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

## 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**, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i manifesto igualment que quedo assabentat de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació de les dades expressades que es pugui produir d'ara endavant, i **MANIFESTO**, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de totes les dades de l'historial clínic del menor, custodiat pels serveis públics de salut o centres concertats, així com perquè les meves dades d'identificació personal i residència puguin ser consultades amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat.  
**SOL·LICITO**, mitjançant la signatura d'aquest imprès, que se'm reconegui la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu.

\_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_ de

(Firma del sol·licitant.)

**ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL:** Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebuin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

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

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

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

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos\_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

**DECLARACIÓ 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<sup>(1)</sup>:**3. DADES DEL PACIENT MENOR**

Cognoms i nom:

DNI - NIF<sup>(2)</sup>:

Data de naixement:

Diagnòstic:

Codi<sup>(3)</sup>:

Ingressos hospitalaris

Des de:

Fins a:

Hospital / Centre sanitari:

Des de:

Fins a:

Hospital / Centre sanitari:

Des de:

Fins a:

Hospital / Centre sanitari:

**Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:****A. Terapias y cuidados****A.1 Terapias intravenosas y subcutáneas**

Antibióterapia

Quimioterapia

Fluidoterapia

Transfusiones

Analgésia

Otros

**A.2 Terapias nutricionales / digestivas**

Nutrición enteral diurna

Nutrición enteral  
nocturnaNutrición parenteral  
diurnaNutrición parenteral  
nocturna

Sonda nasogástrica

Gastrostomía

Yeyunostomía

Ileostomía

Colostomía

**A.3 Terapias respiratorias**

Traqueostomía

Ventilación  
mecánica invasivaVentilación mecánica  
no Invasiva diurnaVentilación mecánica no  
Invasiva exclusivanocturnaAspiración de  
secreciones

Oxigenoterapia

Asistente de la tos

Marpasos diafragmáticos

Movilización  
mucociliar chalecos

**A.4 Cuidados quirúrgicos**

Cura quirúrgica

Cura completa

Cuidados ostomías

**A.5 Terapias urológicas / nefrológicas**

Sondaje vesical  
intermitente

Cistostomía permanente

Ureterostomía

Hemodiálisis

Diálisis peritoneal

**A.6 Monitorización**

Neumocardiograma

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

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

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

¿Tiene un centro asignado? SI NO

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

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

**4. CERTIFICAT DEL METGE DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT <sup>(4)</sup>**

Cognoms i nom:

Núm. de col·legiat:

Especialitat/Càrrec:

Hospital / Centre sanitari:

Població:

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

Des de:

Fins a:

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

(2) Per a majors de 14 anys.

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

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

, de/d' de

(Signatura i segell)

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

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

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

El Sr. / La Sra.:

amb DNI/NIE/Passaport:

I NAF:

i

El Sr. / La Sra.:

amb DNI/NIE/Passaport:

I NAF:

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

ACORDEN

que sigui el Sr. / la Sra.

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

,

de/d'

de

Signatura

Signatura

**ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL:** Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

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

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

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

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos\_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

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

El Sr. / La Sra.:

DNI / NIE / Passaport:

Nº de Afiliación S.S.:

domicili:

**declara sota la seva responsabilitat que:**

1. ¿És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa? Si No

Que aquest establiment té el domicili social a:

Tel.:

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

2. ¿És un treballador/a autònom/a econòmicament dependent (TRADE)? Si No  
(art. 11 de la Llei 20/2007, d'11 de juliol, de l'Estatut del treball autònom.)

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

Raó Social:

NIF

Direcció:

Tel.:

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

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

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

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

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

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

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

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

, a de/d' de

Signatura i segell

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebuin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.

## INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

Escriuiu amb claredat i en lletres majúscules, o empleneu directament aquest formulari a través del web [www.fremap.es](http://www.fremap.es).

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

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

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

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

ENVIAMENT DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Aquesta sol·licitud podrà ser signada mitjançant certificat digital i tramesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tenir format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es rebin en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) per la seva mida d'emmagatzematge.



**CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE  
PRESTACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.  
SISTEMA ESPECIAL DE EMPLEADOS DE HOGAR**

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

D./D<sup>a</sup> ..... con DNI - NIE - pasaporte .....  
en calidad de empleador

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a las circunstancias personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de ..... (1)

**1. DATOS DEL EMPLEADOR**

Apellidos y nombre				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 (2)**

Apellidos y nombre		Núm. de la Seguridad Social	
DNI - NIE - pasaporte	Teléfono	Tipo de contrato: Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial/Fijo discontinuo <input type="checkbox"/>	
Tramo de cotización		Fecha de inicio de la actividad laboral con el empleador	
Fecha de la interrupción de la actividad laboral (3)		En su caso, fecha prevista para la finalización del contrato de trabajo:	
<b>En caso de solicitar la prestación de nacimiento y cuidado de menor, indique las fechas de los periodos de disfrute de la prestación:</b>			
<b>Periodo de descanso obligatorio:</b>			
Fecha inicio (3) período obligatorio .....		Fecha fin (4) período obligatorio .....	
<b>Siguientes periodos de descanso:</b>			
Fecha inicio siguiente periodo .....		Fecha fin (4) siguiente periodo .....	
Fecha inicio siguiente periodo .....		Porcentaje jornada de trabajo (5) ..... %	
Fecha inicio siguiente periodo .....		Porcentaje jornada de trabajo (5) ..... %	

20251205

C-133 cas V.7





## INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

Este certificado se utilizará para las solicitudes de prestaciones de los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General incluidos en el Sistema Especial de Empleados de Hogar. Si el/la solicitante estuviera trabajando para varios empleadores se aportarán tantos certificados como sean necesarios.

### INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN PARA EL EMPLEADOR

- (1) El empleador identificará la finalidad de la expedición del certificado a efectos de la prestación de la Seguridad Social que se pretende solicitar (Incapacidad temporal, Nacimiento y cuidado de menor, Riesgo durante el embarazo, Riesgo durante la lactancia natural y Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave).
- (2) En el apartado 2. Datos del Trabajador, se pondrán todos los datos personales del empleado de hogar, necesarios para este certificado.
- (3) Debe indicar la fecha que corresponda, según la prestación solicitada:
  - En la incapacidad temporal, la baja médica.
  - En prestación por nacimiento y cuidado de menor, téngase en cuenta que en caso de parto, en el supuesto que el mismo día del parto la trabajadora haya realizado actividad laboral, el inicio del descanso por nacimiento y cuidado de menor y consiguiente prestación tiene lugar el día siguiente al del parto.
  - En los riesgos durante el embarazo /lactancia natural, la suspensión del contrato de trabajo por esta causa.
  - En prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, la de inicio de la reducción de jornada.
- (4) En caso de modificación posterior del período de descanso certificado inicialmente, deberán cumplimentar un nuevo certificado indicando el período de descanso definitivo.
- (5) El cálculo se efectuará dividiendo las horas semanales acordadas en jornada parcial por las horas semanales realizadas con anterioridad en jornada completa. El resultado se multiplicará por 100.
- (6) En incapacidad temporal, riesgos durante el embarazo/lactancia natural, cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave:
  - si se trata de un contrato a tiempo completo, se deberá incluir la base de cotización del mes inmediatamente anterior;
  - Si se trata de un contrato a tiempo parcial/fijo discontinuo, se deberán incluir las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al mes previo al de la baja médica, o al de la suspensión del contrato de trabajo, o al inicio de la reducción de jornada.

En prestación por nacimiento y cuidado de menor:

- si se trata de un contrato a tiempo completo, se deberá incluir la base de cotización del mes inmediatamente anterior al mes previo al del inicio del descanso;
- si se trata de un contrato a tiempo parcial/fijo discontinuo, se deberán incluir las bases de cotización de los 12 meses inmediatamente anteriores al mes previo al del inicio del descanso.