

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 nalguna 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 CUIDADO 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)

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 cargo 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.



Rexistro do INSS

**CERTIFICADO DE EMPRESA PARA A PRESTACIÓN
ECONÓMICA POR COIDADADO DE MENORES AFECTADOS
POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDAD GRAVE**

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado dixital como con CI@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en <https://run.gob.es/tramites> ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en <https://run.gob.es/trdcita>

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 continuación se consignan:

1.- DATOS DA EMPRESA

Nome ou razón social				Código de Conta de Cotización				
Domicilio				Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade			Provincia			Teléfono	

2.- DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

Apelidos e nome					DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (rúa ou praza)					Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade			Provincia					
Número da Seguridade Social	Data de inicio da xornada reducida			Porcentaxe de redución (polo menos dun 50%)(1)					
É funcionario público? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									
É persoal estatutario/laboral? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Percibe as súas retribucións completas por este concepto? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									

3.- DATOS DE COTIZACIÓN DO MES ANTERIOR AO DE REDUCCIÓN DE XORNADA

a) Bases de cotización do mes anterior, excluindo os conceptos do apartado b)				
Base de continxencias profesionais		Número de días	Observacións	
b) Cotizacións dos doce meses inmediatamente anteriores.				
Por horas extraordinaria		Por outros conceptos		Observacións
NO CASO DE CONTRATO A TEMPO PARCIAL/FIXO DESCONTINUO certificaranse as bases tde cotización dos tres meses inmediatamente anteriores ao mes previo ao da redución da xornada.				
Ano	Mes	Días	Base de continxencias profesionais	Observacións
TOTALES				

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO

Traballador/a:

Fixo/a

Eventual

Salario real do/da traballador/a _____ €/día

_____ a _____ de _____ de 20 ____
Sinatura e selo

1) Redución efectuada por aplicación, no seu caso, do artigo 37.6, parágrafo terceiro, da Lei do Estatuto dos Traballadores.