

## 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 meua 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
Analgesia	Otros		

**A.2 Terapias nutricionales / digestivas**

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

**A.3 Terapias respiratorias**

Traqueostomía	Ventilación mecánica invasiva	Ventilación mecánica no Invasiva diurna	Ventilación mecánica no Invasiva exclusivanocurna
Aspiración de secreciones	Oxigenoterapia	Asistente de la tos	Marcapasos 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)

## 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.



Registre INSS

**CERTIFICAT D'EMPRESA PER A LA PRESTACIÓ  
ECONÒMICA PER CUIDAR MENORS AFECTATS PER  
CÀNCER O UNA ALTRA MALALIA GREU**

Podeu sol·licitar aquest tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tant amb certificat digital com amb Cl@ve permanent. Si no disposeu de cap sistema d'identificació electrònica, podeu fer el tràmit a <https://run.gob.es/tramites> o presentar un exemplar signat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social demanant hora als telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o a <https://run.gob.es/trdcita>

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI-NIE-passaport \_\_\_\_\_

que exerceix a l'empresa el càrrec de/d' \_\_\_\_\_

CERTIFICA que són certes les dades relatives a l'empresa, com també les personals, professionals i de cotització, que a continuació es consignen:

**1.- DADES DE L'EMPRESA**

Nom o raó social				Codi de compte de cotització				
Domicili				Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província			Telèfon		

**2.- DADES DEL/DE LA TREBALLADOR/A**

Cognoms i nom					DNI-NIE-passaport				
Domicili habitual (carrer o plaça)					Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província						
Número de la Seguretat Social	Data d'inici de la jornada reduïda		Percentatge de reducció (almenys d'un 50%)(1)						
És funcionari públic? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
És personal estatutari/laboral? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Percep les seves retribucions completes per aquest concepte? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									

**3.- DADES DE COTITZACIÓ DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓ DE JORNADA**

a) Bases de cotització del mes anterior, excloent els conceptes de l'apartat b)					<p><b>SISTEMA ESPECIAL AGRARI</b></p> <p>Treballador/a:</p> <p>Fix/a <input type="checkbox"/></p> <p>Eventual <input type="checkbox"/></p> <p>Salari real del/de la treballador/a _____ €/dia</p>
Base de contingències professionals	Nombre de dies	Observacions			
b) Cotitzacions dels dotze mesos immediatament anteriors					
Per hores extraordinàries	Per altres conceptes		Observacions		
EN CAS DE CONTRACTE A TEMPS PARCIAL/FIX DISCONTINU es certificaran les bases de cotització dels tres mesos immediatament anteriors al mes previ al de la reducció de jornada.					
Any	Mes	Dies	Base de contingències professionals	Observacions	
TOTALS					

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Signatura i segell

1) Reducció efectuada per aplicació, si s'escau, de l'article 37.6, paràgraf tercer, de la Llei de l'Estatut dels treballadors.