

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 demorará 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.: N° 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

☐ Acolridor 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.: N° 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 ☐ Acolridor 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 afectats per càncer o una altra malaltia greu.

[] , [] de/d' [] de []

(Firma del sol·licitant.)

Verifique que les dades de contacte facilitades són correctes i es troben actualitzades, ja que podran ser utilitzades per FREMAP per a realitzar les comunicacions necessàries relacionades amb la gestió i el seguiment de la seua prestació, tant per mitjans electrònics com postals.

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 ☐ Acollidor 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 diürna ☐ 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 detalladamente)

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

Escriviu 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 demorará la tramitació de la sol·licitud.

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

1. 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 substituisca, 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'aparèixer 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.
2. Documentació relativa a la cotització:
 - a. 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.
 - b. Treballadors responsables de l'ingrés de les quotes. Fotocopia 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 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.
 - 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 seua 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 acredite la custòdia o a càrrec de qui està el menor.
5. 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.
6. Si l'altre progenitor/adoptant/acollidor/tutor (segons corresponga en cada cas):
 - a. 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.
 - 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 pertanya.
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 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.



CERTIFICAT D'EMPRESA PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER ATENCIÓ A MENORS AFECTATS PER CÀNCER O ALTRES MALALTIES GREUS

Pot sol·licitar este 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 disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà fer el tràmit en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

El Sr./La Sra _____ amb DNI-NIE-passaport _____

que té en l'empresa el càrrec de _____

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

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 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 ☐ NO ☐							
És personal estatutari/laboral? SÍ ☐ NO ☐ Percep les seues retribucions completes pere este concepto? SÍ ☐ NO ☐							

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

a) Bases de cotització del mes anterior, excloent-ne els conceptes de l'apartat b)					SISTEMA ESPECIAL AGRARI Treballador/a: Fix/a ☐ Eventual ☐ Salari real del/de la treballador/a _____ €/dia
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 reducció de jornada.					
Any	Mes	Dies	Base de contingències professionals	Observacions	
TOTALS					

_____, ____ de/d' _____ de 20____
Signatura i segell

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