

SOLICITUD PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDAR MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. Datos personales del/la solicitante

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
Fecha de nacimiento	Núm. de la Seguridad Social	DNI / NIE / TIE Pasaporte		Teléfono fijo		Teléfono móvil
Domicilio habitual				Número	Bloque	Escalera
Código Postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad	
Relación con el menor				Correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor						
1.1 Datos de la unidad familiar				Es familia monoparental (1) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

(1) Se entenderá por familia monoparental la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye el sustentador único de la familia.

2. Datos identificativos del otro progenitor/adoptante/acogedor

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI / NIE / TIE Pasaporte		Núm. de la Seguridad Social		Trabaja por cuenta ajena o propia	
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Pertenece en razón de su actividad al:					
<input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Régimen especial de: <input type="checkbox"/> Otros:					

3. Datos del/los menor/es

Apellidos y nombre		DNI / NIE / TIE Pasaporte	Fecha de nacimiento
Apellidos y nombre		DNI / NIE / TIE Pasaporte	Fecha de nacimiento

4. Motivo de la solicitud

Ingreso hospitalario del menor			
Fecha del ingreso	¿Ha reducido la jornada laboral?	Fecha de inicio de la jornada reducida	% reducción (al menos de un 50%)
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

5. Alegaciones

6. Modalidad de cobro de la prestación

Código IBAN														<input type="checkbox"/> En cuenta/libreta								
CÓDIGO PAÍS			ENTIDAD				OFICINA / SUCURSAL			D.C.		NÚMERO DE CUENTA										

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a Mutua Intercomarcal cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos de identificación personal, y de los causantes, los de residencia, los que figuren en el Registro Civil y en la Agencia Estatal de Administración Tributaria o Haciendas Forales, puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

En _____ a _____ de _____ de 20____
Firma del/la interesado/a

A CUMPLIMENTAR POR LA SUCURSAL

Apellidos y nombre	DNI / NIE / TIE Pasaporte

Sucursal

Registro Sucursal

PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDAR MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

<p>Documentos, originales y en vigor, que se le requieren⁽¹⁾ en la fecha de recepción de la solicitud por la Mutua</p> <p>1 <input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o equivalente, NIE</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Certificado de empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Documentos de cotización de los últimos _____ meses</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Trabajadores responsables del ingreso de cuotas: Declaración sobre reducción de su jornada de trabajo</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Certificado de hospitalización del menor en el que conste el día del ingreso, emitido por el facultativo del Servicio Público de Salud</p> <p>7 <input type="checkbox"/> "Resolución administrativa o judicial", para el acogimiento/tutela</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Otros documentos</p>	<p>Recibí los documentos requeridos a excepción de los números</p>				
	<p>Firma</p>				
	<p>Nombre persona Mutua</p>				
	<table border="1"> <tr> <td>Fecha</td> <td>Lugar</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha	Lugar		
	Fecha	Lugar			
	<p>DILIGENCIA DE COMPULSA</p> <p>A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:</p>				
	<p>Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta solicitud y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.</p>				
	<p>Firma</p>				
<p>Nombre persona Mutua</p>					
<table border="1"> <tr> <td>Fecha</td> <td>Lugar</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha	Lugar			
Fecha	Lugar				
<p>Recibí</p>	<p>Firma</p>				

(1) Deberá presentarlos en el plazo de diez días contados desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra **política de privacidad** (www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos (lopd@mutua-intercomarcal.com) o por correo postal (Avenida Icaria, 133-135 / 08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE.**- Este apartado se cumplimentará con los datos de identificación personal y de residencia permanente del solicitante.

1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR: Cumplimente la casilla correspondiente.
2. **DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR.**- Si hay otro progenitor, cumplimente sus datos de identificación personal y laboral, indicando si pertenece al Sistema de la Seguridad Social. De pertenecer a otro Sistema o Colegio Profesional, indíquelo.
3. **DATOS DEL/LOS MENOR/ES.**- Cumplimente los datos solicitados. Si el/la menor ha cumplido 14 años el dato DNI / NIE / Pasaporte es obligatorio.
4. **MOTIVO DE LA SOLICITUD.**- Cumplimente las casillas correspondientes y consigne las fechas y datos de que disponga.
5. **OTROS DATOS.**- *Ver apartado datos fiscales.*
6. **ALEGACIONES.**- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
7. **MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.**- Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.

Si lo conoce, debe indicar el IBAN que es el equivalente a su número internacional de cuenta bancaria. Puede encontrarlo en los recibos y comunicaciones que le envía su banco o caja de ahorros.

Ponga especial cuidado al rellenar las casillas del “código cuenta cliente”, para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los Documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

EN TODOS LOS CASOS:

1. **Formulario solicitud prestación económica** (ITF51 o ITO17-A) por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
2. Acreditación de identidad de los interesados (también del causante si tiene 14 años) mediante la siguiente documentación en vigor:
 - Españoles: Documento nacional de identidad (DNI).
 - Extranjeros: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
3. **Certificado de la empresa** (ITO17-C) en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales.
4. **Declaración de la empresa del porcentaje de parcialidad en la reducción de jornada.** (ITO17-F)
5. Documentación relativa a la cotización:
6. **Para los Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la TGSS.**
7. **Trabajadores responsables del ingreso de las cuotas: Justificante de pago del último mes.**
6. **Certificado del facultativo del Servicio Público de Salud** (ITO17-E) en el que conste que el menor se encuentra afectado por cáncer u otra enfermedad grave que requiere ingreso hospitalario de larga duración, indicando la fecha estimada de duración del ingreso y si el menor precisa un tratamiento continuado de la enfermedad, fuera del centro hospitalario, que indique la duración estimada del mismo.
7. **Libro de familia o, en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.**
8. **Resolución administrativa o judicial SOLO para los casos de acogimiento/tutela.**

SÓLO EN EL CASO DE TRABAJADORES RESPONSABLES DEL INGRESO DE CUOTAS:

9. Declaración del porcentaje de parcialidad de la jornada de trabajo (ITO17-D).
10. Declaración de la situación de actividad.

OTROS DOCUMENTOS:

11. En el supuesto de no convivencia de los progenitores, y en ausencia de **acuerdo sobre el que debe percibir la prestación** (ITO17-B), documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor.
12. En el caso de familias mono-parentales: Libro de familia en el que conste un solo progenitor o, en el caso de que consten dos progenitores, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono de familia de uno de ellos.
13. Si el otro progenitor no pertenece al Sistema de la Seguridad Social debe aportar, en su caso:
 - Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo indicando que el mismo realiza una actividad laboral encuadrada en el Sistema de Clases Pasivas o
 - Certificado del Colegio Profesional al que pertenezca, si se trata de una actividad profesional.
14. Informe médico de hospitalización.

MUTUA INTERCOMARCAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier sucursal de Mutua Intercomarcal, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

- Documentos 1 (acreditación de identidad del interesado), 2, 4 y 5.

Si no presenta estos documentos, entenderemos que desiste de la petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99).

Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.

IMPORTANTE:

Cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral como a la del otro progenitor o del menor (cese en el trabajo, alta hospitalaria del menor, etc.), mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicada a esta Mutua.