

CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA SISTEMA ESPECIAL DE EMPLEADOS DEL HOGAR DEL RÉGIMEN GENERAL

D/Dª-----
 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 detallan. (1)

1.-DATOS DEL EMPLEADOR

APELLIDOS / NOMBRE		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN					
DOMICILIO			Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA			TELÉFONO		

2.- DATOS DEL TRABAJADOR/A:

APELLIDOS / NOMBRE		DNI-NIE.-PASAPORTE					
DOMICILIO HABITUAL			Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA			TELÉFONO		
NÚMERO AFILIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD LABORAL CON EL EMPLEADOR:		TRAMO DE COTIZACIÓN				
¿PRESTA SERVICIOS PARA A MÁS DE UN CABEZA DE FAMILIA? (2)		A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2013: EN CASO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MENOS DE 60 HORAS MENSUALES POR EMPLEADOR, ¿SE HA ACORDADO CON EL EMPLEADOR/ES FORMULAR DIRECTAMENTE SU AFILIACIÓN, ALTA Y VARIACIÓN DE DATOS? (3)					
sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

3.-DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA BAJA MÉDICA

SE REFLEJARÁN LAS BASES DE COTIZACIÓN EXISTENTES A PARTIR DE 01/01/2012, O DESDE LA FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD DE SER ÉSTA POSTERIOR.
 EN CASO DE CONTRATOS A TIEMPO PARCIAL, SE CERTIFICARÁN LAS BASES DE LOS TRES MESES ANTERIORES A LA BAJA MÉDICA.

AÑO	MES	BASE COTIZACIÓN	Observaciones

- (1) HA DE CONSTAR LA FINALIDAD DE LA EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO A EFECTOS DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE EL TRABAJADOR QUIERE SOLICITAR (INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN O PROFESIONAL, RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL, CUIDAD DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTR ENFERMEDAD GRAVE).
 (2) SI EL SOLICITANTE TRABAJASE PARA VARIOS EMPLEADORES, SE APORTARÁN TANTOS CERTIFICADOS COMO FUESEN NECESARIOS.

_____ a _____ de _____ de 20__