

## SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

### 1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad social		DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono				
Domicilio				Número	Bloque	Esc	Piso	Puerta
Dirección de correo electrónico:								
Código Postal		Localidad			Provincia			
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Adoptante preadoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Otras								
Datos de la unidad familiar Familia monoparental    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

\*Se entiende por monoparental la constituida por un solo progenitor que convive con el menor y que constituye el sustentador único de la familia.

### 2.- DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE

¿Es funcionario público?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Es personal estatutario?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Es personal laboral de la Admón?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trabajador por cuenta propia		<input type="checkbox"/> SETA <input type="checkbox"/> Presta servicios en sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> NINGUNA DE ESTAS ESPECIALIDADES	
Régimen general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual	Empresa:    Sector:
Especialidades:		Puesto de trabajo:	
Artista	<input type="checkbox"/>	Horario/jornada de trabajo:	
Profesional taurino	<input type="checkbox"/>		
Sistema Especial Agrario	<input type="checkbox"/>		
Empleados de hogar	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="checkbox"/>		

### 3.- DATOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/ACOGEDOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad social		DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono				
Domicilio				Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Código Postal		Localidad			Provincia			
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Adoptante pre-adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Otras								
Funcionario Público    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Régimen Especial Trabajadores Autónomos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SETA <input type="checkbox"/> Presta servicios en sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> NINGUNA DE ESTAS ESPECIALIDADES				
Régimen general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo <input type="checkbox"/> Eventual	Empresa. Sector:					
Especialidades:		Puesto de trabajo:						
Artista	<input type="checkbox"/>	Horario/jornada de trabajo:						
Profesional taurino	<input type="checkbox"/>							
Sistema Especial Agrario	<input type="checkbox"/>							
Empleados de hogar	<input type="checkbox"/>							
Otros	<input type="checkbox"/>							

Apellidos y nombre

DNI-NIE-Pasaporte

#### 4.- DATOS DEL MENOR/ES

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha nacimiento
El menor está escolarizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Horario del centro escolar:		

#### 5.- MOTIVO DE LA SOLICITUD

<p>FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR: Desde..... Hasta.....</p> <p><b>*Dato obligatorio a cumplimentar en todos los casos y deberá aportar informe de Alta hospitalaria.</b></p> <p>FECHA DE OTROS INGRESOS HOSPITALARIOS DERIVADOS DE LA ENFERMEDAD: Desde..... Hasta.....</p>
<p>REDUCCIÓN DE JORNADA por cuidado de menor afectado de cáncer/enfermedad grave</p> <p>Fecha de inicio de la reducción</p> <p>Porcentaje de reducción</p> <p>Horario a partir de la reducción de jornada:</p>

#### 6.- DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACION MEDIANTE TRANSFERENCIA

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA BANCARIA
E	S				

Ponga especial atención a la hora rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso. Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

#### 7.- MUTUA ASEGURADORA



DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma del solicitante

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nota: De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en ficheros de su Mutua, con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

En.....a.....de .....de 20.....

Firma y sello

## **INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD**

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

### **FORMULARIOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD**

- 1.- ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN CUANDO AMBOS PUEDAN SER BENEFICIARIOS.
- 2.- DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE.
- 3.- CERTIFICADO DE EMPRESA EN EL QUE CONSTE N LOS DATOS LA REDUCCIÓN DE JORNADA Y LOS DE LA BASE DE COTIZACIÓN ANTERIOR A LA FECHA DE REDUCCIÓN.
- 4.- DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA EN CASO DE QUE SE TRATE DE TRABAJADORES DEL RÉGIMEN ESPECIAL AUTÓNOMO.

### **DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

- 1.- Fotocopia (por ambas caras) del NIF-NIE.
- 2.- Declaración complementaria del beneficiario, conjuntamente con la relación de las faltas de asistencia al centro escolar que haya podido sufrir el/a menor.
- 3.- Documentación relativa a la cotización:
  - Para los Artistas y profesionales taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
  - Trabajadores responsables del ingreso de sus cuotas: Justificantes de pago de los dos últimos meses.
- 4.- Libro de Familia o, en su defecto, certificado de inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial / administrativa de la adopción, acogimiento o designación como tutor.

En caso de familias monoparentales: Libro de familia en el que conste un solo progenitor, adoptante o acogedor o en caso de que consten dos, deberá además presentarse certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial de declaración de abandono de familia de uno de ellos.

- 5.- En el supuesto de no convivencia de los progenitores y, en ausencia de acuerdo sobre el que debe percibir la prestación, documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor.
- 6.- Documentación acreditativa de que el otro progenitor, adoptante, acogedor o tutor, no es beneficiario de la misma prestación:
  - Si pertenece al Régimen especial de Trabajadores Autónomos o cuenta propia: Certificado de la entidad de cobertura correspondiente que confirme que no es beneficiario de la prestación.
  - Si es funcionario público: Certificado de la administración de la que dependa en la que se acredite que no es beneficiario del permiso retribuido conforme al artículo 49.e) Ley 7/2007 de 12 abril del Estatuto Básico del Empleado público.
  - Si es personal laboral de la Administración: Certificado de la Administración para la que presta servicios, en la que conste que no está asimilado a los funcionarios en materia de permisos retribuidos de acuerdo con el artículo 49.e) del Estatuto Básico del Empleado Público.
  - Si es profesional ajeno al sistema de la Seguridad social: Certificado de pertenencia la Mutualidad correspondiente.

**MAZ MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 11 INFORMA**

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 MAZ-

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 esta Mutua cualquier variación de los datos declarados que se puedan producir mientras perciba la prestación.

Según el artículo 7.5 RD 1148/2011 de 29 de julio: "En cualquier momento, la correspondiente entidad gestora o la mutua podrá llevar a cabo las actuaciones necesarias para comprobar que las personas perceptoras del subsidio mantienen el cumplimiento de los requisitos exigidos para su reconocimiento".

Firma del interesado

Nota: Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular MAZ, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de MAZ, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MAZ MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 11.