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

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE.-** Este apartado se cumplimentará con los datos de identificación personal y de residencia permanente del solicitante. Si la petición no se formula en nombre propio, sino a través de otra persona, se cumplimentará el apartado 1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL, indicando el tipo de representación.

   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 MENOR/ES.-** Cumplimente los datos solicitados. Si el 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.-** La prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave está exenta de retención por IRPF.

   5.1 La elección de ***LENGUA COOFICIAL*** sólo surtirá efectos en las comunidades autónomas que la tengan reconocida.

   5.2 ***El DOMICILIO DE COMUNICACIONES*** a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados. Si desea que se le envíen a un apartado de correos también puede indicarlo.

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.-**

   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.

   En su defecto, cumplimente las casillas correspondientes al “código cuenta cliente” (CCC).

20191115

8-015 cas V.6

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

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

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.

Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de nacimiento	Nº de la Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono móvil	Teléfono fijo

Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta

Código postal	Localidad	Provincia	Correo electrónico

Relación con el menor

☐ Progenitor ☐ Adoptante ☐ Guardador con fines de adopción ☐ Acogedor permanente ☐ Tutor

1.1 DE LA UNIDAD FAMILIAR

Es familia monoparental(1) ☐ SÍ ☐ NO

1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL, que actúa como:

☐ Tutor ☐ Tutor institucional ☐ Graduado social ☐ Gestor administrativo ☐ Otros apoderados

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte

Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal

Teléfono móvil	Teléfono fijo	Localidad	Provincia	Correo electrónico

. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/GUARDADOR CON FINES DE ADOPCIÓN/ACOGEDOR/TUTOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono móvil	Teléfono fijo

DNI-NIE-Pasaporte	Nº de la Seguridad Social	Correo electrónico	¿Trabaja por cuenta ajena o propia?
			☐ SÍ ☐ NO

Pertenece en razón de su actividad al:

☐ Régimen General de la Seguridad Social ☐ Funcionario/a(2)

☐ Régimen Especial de ..... ☐ Otros (Colegio profesional, etc.) .....

3. DATOS DEL MENOR/ES

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento
Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR

Fecha del ingreso hospitalario del menor ..... ☐ ¿Ha reducido la jornada laboral? ☐ SÍ ☐ NO

Fecha de inicio de la jornada reducida ..... ☐ Porcentaje de reducción (al menos de un 50%) .....

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

(2) Señalar sólo si se trata de funcionarios incluidos en el ámbito de aplicación del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), aprobado por Real Decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre.

20191115
8-015 cas V.6

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-Pasaporte: ②

5. OTROS DATOS

5.1	**LENGUA COOFICIAL** en la que desea recibir su correspondencia .....
5.2	**DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES** (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)

Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta

Teléfono de contacto	Código postal	Localidad

Provincia	País	Apartado de correos

Correo electrónico

6. ALEGACIONES

7. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

Código IBAN

CUENTA/LIBRETA

CÓDIGO PAÍS	CCC			
	ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

20191115

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

8-015 cas V.6

..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma del/la solicitante, Firma del otro progenitor,

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE .....

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI-NIE-Pasaporte: ③

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

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

1 ☐ DNI, pasaporte o equivalente, NIE.
2 ☐ Certificado de empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales.
3 ☐ Certificado de la empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada del trabajador.
4 ☐ Documentos de cotización de los últimos meses.
5 ☐ Trabajadores responsables del ingreso de cuotas: Declaración sobre reducción de su jornada de trabajo.
6 ☐ Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil.
7 ☐ Declaración de hospitalización del menor en el que conste el día del ingreso, emitido por el facultativo del Servicio Público de Salud.
8 ☐ Resolución administrativa o judicial en los casos de adopción/guarda con fines de adopción/acogimiento permanente o tutela del menor.
9 ☐ Trabajadores por cuenta propia o Autónomos: declaración de la situación de la actividad referida a la parte de jornada profesional que reduce el trabajador autónomo.
10 ☐ Otros documentos.

Recibí Firma

20191115
8-015 cas V.6

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

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

EN TODOS LOS CASOS

1. Acreditación de identidad de los interesados (también del causante si tiene 14 años) y del representante legal, si lo hubiera, 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.
- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso.

2. Certificado de la empresa en el que conste la cuantía de la base de cotización de la persona trabajadora por contingencias profesionales o, en su caso, por contingencias comunes, correspondiente al mes previo a la fecha de inicio de la reducción de jornada y, en su caso, las cantidades de percepción no periódica abonadas durante el año anterior a dicha fecha.

3. Certificado de la empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada del trabajador prevista en el párrafo tercero del artículo 37.6 del Estatuto de los Trabajadores, con indicación del porcentaje en que ha quedado fijada dicha reducción de jornada.

4. 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 las cuotas: Justificantes del pago de los 2 últimos meses.

5. Para los trabajadores **del Sistema especial de empleados de hogar**, se aportará declaración del responsable de hogar familiar sobre la reducción de jornada efectiva de la persona trabajadora.

6. Declaración del facultativo del Servicio Público de Salud 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 judicial o administrativa por la que se haya concedido la guarda con fines de adopción, el acogimiento permanente o la tutela.

SÓLO EN EL CASO DE TRABAJADORES RESPONSABLES DEL INGRESO DE CUOTAS *(TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS) Y TRABAJADORES DEL SISTEMA ESPECIAL DE EMPLEADOS DE HOGAR:*

20191115

9. Deberán presentar una declaración indicando expresamente el porcentaje de reducción de su actividad profesional, en relación con una jornada semanal de cuarenta horas. En caso de personas integradas en el Sistema especial de empleados de hogar, se aportará declaración del responsable del hogar familiar sobre la reducción de jornada efectiva de la persona trabajadora.

OTROS DOCUMENTOS:

8-015 cas V.6

10. 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.

11. En el caso de familias monoparentales: 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.

12. 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.

13. SOLO PARA LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS: declaración de la situación de la actividad referida a la parte de jornada profesional que reduce el trabajador autónomo.

14. SOLO EN EL CASO DE QUE EL OTRO PROGENITOR SEA FUNCIONARIO, incluido en el ámbito de aplicación del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), aprobado por Real Decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre,: Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo, indicando si le es de aplicación el EBEP, si disfruta del permiso establecido en el artículo 49.e) de dicha Ley, así como la situación administrativa en la que se encuentra.

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

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 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 en esta Dirección Provincial.

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 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede presentarlos sin desplazarse en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, utilizando certificado digital o Cl@ve permanente (http://sede.seg-social.gob.es), por correo postal o personalmente en Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos de identificación de los solicitantes y, en su caso, del representante legal, así como acreditación de la representación legal: se entenderá que desiste de su petición, de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 01 de octubre (BOE del 02-10-2015).

- Resto de documentos: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la citada Ley 39/2015 o, en su caso, se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para causar o calcular la prestación solicitada, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

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.

20191115

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 la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano a su domicilio.

8-015 cas V.6

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	***¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?*** Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	***¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?*** Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	***¿Para qué utilizaremos sus datos?*** Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida. El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social. Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	***¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?*** El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS). Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	***¿A quién comunicaremos sus datos?*** Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal. Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	***¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?*** Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla. Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.
PROCEDENCIA	***¿Cómo obtenemos sus datos personales?*** Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.

20191115
8-015 cas V.6