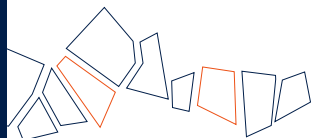
**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

Página 1 de 4

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido					
Segundo apellido					
Nombre					
DNI/NIF/NIE		Teléfono		Móvil	
Correo electrónico					
Domicilio a efectos fiscales					
Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	C.P.
Población			Provincia		
Fecha de nacimiento		Número de la Seguridad Social		Régimen de la Seguridad Social	
Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/ permanente <input type="checkbox"/> Tutor					
Datos unidad familiar: es familia monoparental(*) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
*Se entiende por familia monoparental la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que es el sustentador único de la familia.					
¿Trabaja para la Administración Pública? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Trabaja por cuenta ajena? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Trabaja por cuenta propia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Pluriempleo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Nombre de la empresa o razón social:			¿Es una actividad estacional o periódica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Períodos de actividad <input type="checkbox"/> enero <input type="checkbox"/> febrero <input type="checkbox"/> marzo <input type="checkbox"/> abril <input type="checkbox"/> mayo <input type="checkbox"/> junio <input type="checkbox"/> julio <input type="checkbox"/> agosto <input type="checkbox"/> septiembre <input type="checkbox"/> octubre <input type="checkbox"/> noviembre <input type="checkbox"/> diciembre					
Tiempo de la jornada laboral: T. completo <input type="checkbox"/> T. parcial <input type="checkbox"/>			Jornada semanal:h/semana		
¿Trabaja a turnos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Horario de trabajo		Días semana	
En caso de contrato no indefinido, próxima renovación:					
¿Ha reducido ya su jornada laboral para atender al menor enfermo? <input type="checkbox"/> NO, y solicita un% desde el <input type="checkbox"/> SÍ, en un% desde el					
¿Había percibido esta prestación previamente por el mismo motivo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ, desde elhasta el					
¿Se encuentra actualmente de baja por contingencia común? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					



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

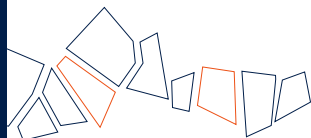
Página 2 de 4

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ADOPTANTE/ACOGEDOR

Primer apellido	
Segundo apellido	
Nombre	
DNI/NIF/ NIE	Número de la Seguridad Social
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	
¿El otro progenitor del menor ha solicitado la prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL MENOR

Primer apellido		
Segundo apellido		
Nombre		
DNI/NIF/NIE	Fecha de nacimiento	Fecha del último ingreso hospitalario del menor /..... / 20..... <input type="checkbox"/> Nunca ha estado hospitalizado
Nombre hospital		
Teléfono	Móvil	Correo electrónico
¿Acude a algún centro educativo o de cuidados especiales? <input type="checkbox"/> NO, no acude a ningún centro educativo ni de cuidados especiales <input type="checkbox"/> Sí, acude a un: <input type="checkbox"/> Centro educativo. Nombre del centro: <input type="checkbox"/> Centro de cuidados especiales. Nombre del centro:		
¿El menor tiene reconocida alguna minusvalía? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿El menor es beneficiario de alguna prestación reconocida por la Ley de Dependencia? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se trata de una prestación: <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> no económica		



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

DATOS ENTIDAD BANCARIA EN LA CUAL SE EFECTUARÁ EL PAGO

DATOS FISCALES

IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta

Tipo voluntario de retención por IRPF:%

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo informado de la obligación de comunicar a **ACTIVA MUTUA 2008** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo (Art. 35.5 RD 295/2009).

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

RECUERDE, si se produjera el alta hospitalaria del menor o cese en la actividad de alguno de los progenitores, deberá comunicarlo a esta Mutua por tratarse de una de las causas de extinción de la prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, al objeto de evitar percepciones indebidas de la misma. **Si la solicitud de la prestación mencionada ha sido presentada sin los documentos imprescindibles para su tramitación, deberá aportar la documentación que se indica en el dorso en el plazo de 10 días contados a partir de la notificación. Si no presenta en dicho plazo el/los documento/s indicado/s, se le tendrá por desistido de su petición**, de acuerdo con los Artículos 70, 71 y 42 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, ley 30/1992, BOE de 27/11/92 en relación con la Disposición Adicional 25ª de la LGSS.

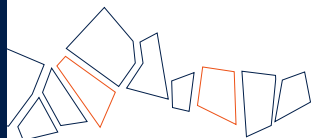
Para los trabajadores por cuenta propia, la falta de entrega de la declaración sobre la persona que gestione directamente el establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza del que sean titulares o, en su caso, el cese temporal o definitivo en la actividad (Artículo 12 del R.D. 1273/03, Disp. Adic. 17bis LGSS) en el plazo de 15 días desde el momento de la baja dará lugar a la suspensión cautelar de la prestación.

Esta Mutua, a requerimiento de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, está facultada para facilitar ante el indicado organismo las informaciones, antecedentes y datos con relevancia en el ejercicio de la función inspectora, incluso los de carácter personal objeto de tratamiento automatizado, sin necesidad de consentimiento del afectado, de acuerdo con el Art. 9 de la Ley 42/1997, de 14 de noviembre, Ordenadora de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Cualquier variación en la situación laboral (IT, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y lactancia...) del solicitante u otro progenitor deberá ser comunicada en la mayor brevedad a Activa Mutua a través del buzón corporativo cuidadomenores@activamutua.es

Firma del solicitante

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



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

Página 4 de 4

ACTIVA MUTUA 2008. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 3 LE INFORMA:

- Esta solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- Cumpliendo con lo establecido en el Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales recogidos en este documento, así como aquellos que durante su tratamiento puedan obtenerse, se incorporarán a un fichero de esta entidad, cuyas únicas finalidades son el seguimiento de la asistencia médica dispensada, así como la prevención de eventuales procesos posteriores y la gestión de 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 **ACTIVA MUTUA 2008**, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios de estas prestaciones.
- La vigilancia del cumplimiento de la normativa de seguridad en **ACTIVA MUTUA 2008** corresponde al responsable de seguridad para la protección de datos de la entidad, quien atenderá cualquier duda o consulta que sobre el particular se suscite. Usted podrá en todo momento ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante solicitud dirigida al responsable de Seguridad: Pg. Onze de Setembre, 34, 25199 Lleida.
- La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.
- Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

EN TODOS LOS CASOS:

1. Solicitud de pago directo rellena y firmada por el interesado.
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 en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales, así como el porcentaje de parcialidad en la 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 3 últimos meses.
5. Certificado del facultativo del Servicio Público de Salud e informes médicos 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.
6. Libro de familia o, en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.
7. Resolución administrativa o judicial SOLO para los casos de acogimiento/tutela.
8. Fotocopia de la libreta bancaria.
9. Si es personal laboral al servicio de la Administración Pública, certificado o contrato de trabajo de la misma indicando que su relación laboral no se regula por lo establecido en la Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público.
10. Si el otro progenitor es trabajador por cuenta propia, certificado de la entidad de cobertura correspondiente, que acredite que no es beneficiario de la prestación por cuidado de menores.
11. Si el otro progenitor es funcionario, certificado de la Administración de la que dependa que acredite que no es perceptor del permiso retribuido por cuidado de menores (art. 49e Ley 7/2007).
12. Certificado de minusvalía del menor, si hubiera.
13. Resolución en la que se concede la prestación por la Ley 39/2006, en situación de dependencia del menor.

SOLO EN EL CASO DE TRABAJADORES RESPONSABLES DEL INGRESOS DE CUOTAS:

14. Declaración del porcentaje de reducción de la actividad profesional en relación con una jornada de 40 h/semanales.
15. Declaración situación de actividad (trabajadores por cuenta propia).
16. Declaración sobre reducción de jornada (trabajadores empleados del hogar).

OTROS DOCUMENTOS:

17. 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 a cargo de quien está el menor.
18. 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.
19. Si el otro progenitor no pertenece al Sistema de la Seguridad Social, debe aportar, en su caso:
 - Certificado del Colegio Profesional al que pertenezca si se trata de una actividad profesional.
 - 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.