

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.

Puede presentar esta solicitud en su oficina de FREMAP más cercana.

Para más información al respecto puede consultar www.FREMAP.es o contactar con la Línea 900 61 00 61.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación:

Nº de Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad y Código Postal:

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

Trabajador por cuenta propia	Autónomo que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil		
	Trabajador del SETA	TRADE	Ninguno de los anteriores
Trabajador por cuenta ajena	Fijo	Eventual (fin de contrato)	
	A tiempo parcial	Fijo discontinuo (fin de campaña)	
Empleada del hogar (tipo de contrato)	Interna	Jornada completa	Un hogar familiar
	Externa	Tiempo parcial	Varios hogares familiares
Relación con el menor	Progenitor	Adoptante	
	Acogedor preadoptivo/permanente	Tutor	Otras

Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses

Fecha de Inicio Fecha de Fin

Incapacidad Temporal

Maternidad /Paternidad

Riesgo durante el embarazo

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ACOGEDOR/ADOPTANTE/TUTOR

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación:

Nº de Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad y Código Postal:

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

Trabajador por cuenta propia	Autónomo que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil		
	Trabajador del SETA	TRADE	Ninguno de los anteriores
Trabajador por cuenta ajena	Fijo	Eventual (fin de contrato)	
	A tiempo parcial	Fijo discontinuo (fin de campaña)	
Empleada del hogar (tipo de contrato)	Interna	Jornada completa	Un hogar familiar
	Externa	Tiempo parcial	Varios hogares familiares
Relación con el menor	Progenitor	Adoptante	
	Acogedor preadoptivo/permanente	Tutor	Otras

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y nombre: _____ Núm. de teléfono: _____
DNI – NIF: _____ NAF: _____
Relación con el menor: Progenitor _____ Adoptante _____
Acogedor preadoptivo/permanente _____ Tutor _____ Otras: _____

2. DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor

Apellidos y Nombre: _____ Núm. de colegiado: _____
Especialidad/Cargo: _____ Hospital/Centro Sanitario: _____
Localidad: _____
Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud
Entidad sanitaria privada ⁽¹⁾: _____

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Apellidos y Nombre: _____ DNI – NIF ⁽²⁾: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Diagnóstico: _____
Código ⁽³⁾: _____

Ingresos hospitalarios

Desde: _____ Hasta: _____ Hospital / Centro Sanitario: _____
Desde: _____ Hasta: _____ Hospital / Centro Sanitario: _____
Desde: _____ Hasta: _____ Hospital / Centro Sanitario: _____

4. NECESIDADES DE CUIDADO directo, continuo y permanente por parte del progenitor/acogedor/adoptante/tutor

Descripción: _____

5. PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor/acogedor/adoptante/tutor

Desde: _____ Hasta: _____

6. CERTIFICADO DEL MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ⁽⁴⁾

Apellidos y Nombre: _____ Núm. de colegiado: _____
Especialidad/Cargo: _____ Hospital/Centro Sanitario: _____
Localidad: _____

7. PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor/acogedor/adoptante/tutor

Desde: _____ Hasta: _____
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma y sello

(1) Indicar nombre de la entidad sanitaria.

(2) Para mayores de 14 años.

(3) Indicar el código que aparece en el listado de enfermedades en el Real Decreto 1148/2011.

(4) Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, 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 FREMAP, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones, así como aquellas otras entidades públicas que puedan gestionar prestaciones incompatibles con las reconocidas o que pudiera reconocer esta Mutua. De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).

ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES, SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO AMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

Advertencia: De acuerdo con lo establecido en los artículos 135 quáter, de la Ley General de la Seguridad Social y 49 e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público esta prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, no podrá concederse si el progenitor solicitante fuera Funcionario Público, ni es compatible con la percepción, por parte del otro progenitor, del permiso retribuido que el artículo 49.e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público establece para estos mismos supuestos, a favor de los Funcionarios Públicos.

D/D^a

con DNI/NIE/Pasaporte

y NAF

y

D/D^a

con DNI/NIE/Pasaporte

y NAF

como progenitores/adoptantes/tutores del menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación

ACUERDAN

que sea D/D^a

quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por el cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará con fecha

En

, a

de

de

Firma

Firma

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, 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 FREMAP, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones, así como aquellas otras entidades públicas que puedan gestionar prestaciones incompatibles con las reconocidas o que pudiera reconocer esta Mutua. De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D/D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____
y NAF _____ y con domicilio en _____

declara bajo su responsabilidad que:

1. ¿Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza? SI NO

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en:

Telf.:

Que como trabajador autónomo la actividad económica, oficio o profesión que realiza es la de

2. ¿Es un trabajador/a autónomo/a económicamente dependiente (TRADE)? SI NO

(art. 11 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.)

Si contestó que **SI**, especifique los datos de su **CLIENTE PRINCIPAL**:

Razón Social:

N.I.F.:

Dirección:

Telf.:

3. Que para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo desde el día de de , tal y como se ha detallado en la segunda página de esta solicitud.

4. Que con anterioridad a la reducción de jornada, el negocio se gestionaba:

Con los siguientes medios humanos (nº de empleados, socios, etc.):

El horario del negocio era a ; durante los siguientes días de la semana de a

5. Que durante la reducción de jornada por cuidado de hijo con cáncer u otra enfermedad grave, el negocio queda en la siguiente situación:

Cierre del establecimiento, inactividad parcial, persona a cargo del negocio (indicar lo que en su caso proceda):

Con los siguientes medios humanos (nº de empleados, socios, etc.):

El horario del negocio es a ; durante los siguientes días de la semana de a

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, 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 FREMAP, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones, así como aquellas otras entidades públicas que puedan gestionar prestaciones incompatibles con las reconocidas o que pudiera reconocer esta Mutua. De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas, o cumplimente directamente este formulario a través de www.FREMAP.es.

Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP 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 misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Fotocopia (por ambas caras) del DNI del solicitante, del otro progenitor y del menor, si es mayor de 14 años.
2. Documentación relativa a la cotización:
 - a. 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.
 - b. Trabajadores responsables del ingreso de las cuotas. Justificantes del pago de los últimos tres recibos.
3. Libro de familia, o en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial/administrativa de la adopción, acogimiento o designación como tutor.
4. En el supuesto de no convivencia de los progenitores/adoptantes/acogedores/tutores, 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.
5. En el caso de familias monoparentales: Libro de familia en el que conste un solo progenitor/adoptante/acogedor/tutor o, en el caso de que consten dos progenitor/adoptante/acogedor/tutor, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono familiar de uno de ellos.
6. Si el otro progenitor/adoptante/acogedor/tutor (según corresponda en cada caso):
 - a. Pertenece al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos o Cuenta Propia: deberá aportar un Certificado de la Entidad de Cobertura correspondiente, que confirme que no es beneficiario de la prestación por cuidado de menores afectados de cáncer u otra enfermedad grave.
 - b. Es Funcionario Público; debe aportar Certificado de la Administración de la que dependa, en el que quede constancia que no es perceptor de permiso retribuido por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, conforme al artículo 49.e) de la Ley 7/2007 de 12 de Abril del Estatuto Básico del Empleado Público.
 - c. Es Profesional ajeno al Sistema de la Seguridad Social: debe aportar Certificado de pertenencia a la Mutualidad de Colegio Profesional al que pertenezca.
7. Si el solicitante progenitor/adoptante/acogedor/tutor:
 - a. Es trabajador por cuenta ajena del Régimen General de la Seguridad Social, deberá aportar copia del contrato de trabajo vigente.
 - b. Es TRADE, deberá aportar copia del contrato mercantil con su cliente principal, debidamente sellado en el Servicio Público de Empleo.
 - c. Es empleado del hogar, deberá aportar fotocopia del contrato de trabajo.
8. Certificado de cotizaciones suscrito por la empresa o el empleador, en el formulario facilitado por la empresa o por FREMAP.