

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Relación con el menor: Progenitor Adoptante Acogedor Tutor

Primer apellido Segundo apellido Nombre D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte

Nº afiliación Seg. Social Teléfono fijo Teléfono móvil Correo electrónico

Domicilio Nº Bloque Esc. Piso Puerta

Código postal Provincia Población

DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (rellenar sólo si es distinto del anterior)

Domicilio Nº Bloque Esc. Piso Puerta

Código postal Provincia Población

2. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

¿Es familia monoparental?¹ Sí, Tipo de familia monoparental: NO, Apellidos y nombre del otro progenitor/adoptante/acogedor/tutor D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte ¹Se entenderá por familia monoparental la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye el sustentador único de la familia

3. DATOS DEL MENOR ENFERMO QUE PRECISA DE CUIDADO PERMANENTE

Apellidos y nombre Nacimiento D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte INGRESO HOSPITALARIO: Nunca ha estado ingresado Último ingreso hospitalario: desde el: , hasta el:

ENFERMEDAD QUE PADECE EL MENOR Y FECHA EN LA QUE LE FUE DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ

Diagnóstico: Fecha primer diagnóstico:

TRATAMIENTO Y CUIDADOS QUE PRECISA EL MENOR

¿Acude a algún centro educativo o de cuidados especiales?

 NO, no acude a ningún centro educativo ni de cuidados especiales Sí, acude a un: Centro educativo Centro de cuidados especialesNombre del centro: Tlf. de contacto: Persona de contacto: ¿Cuenta el centro con personal sanitario? Sí NO

4. DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE

 Trabajo por cuenta ajena Trabajo por cuenta propiaÚltima fecha en que fue dado de alta en la empresa o en el régimen especial de la Seguridad Social

¿Existe establecimiento abierto al público?

 SÍ NONombre de la empresa o Razón Social C.I.F. / N.I.F. Domicilio Nº Bloque Esc. Piso Puerta Código postal Provincia Población Actividad económica de la empresa / oficina / profesión Persona de contacto en la empresa Teléfono Correo electrónico ¿Es una actividad estacional o periódica? NO Sí **Periodos de actividad** Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic. (Rellenar sólo si la actividad es estacional o periódica)

5. DATOS DE LA JORNADA LABORAL REALIZADA POR EL SOLICITANTE

Tipo de jornada laboral Tiempo completo Tiempo parcial Jornada semanal h./sem. Sí NO ¿Trabaja a turnos? En caso de contrato no indefinido... Próxima renovación:

Detalle la distribución normal de su jornada laboral (previa a cualquier reducción de jornada):

		L	M	X	J	V	S	D
Mañana	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tarde	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Noche	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Detalle la distribución de su jornada laboral tras la reducción de jornada que realizaría para poder prestar los cuidados al menor enfermo

		L	M	X	J	V	S	D	
Mañana	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Lo que supone una reducción del <input type="text"/> % sobre la jornada habitual que venía desarrollando.
	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tarde	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Noche	Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

¿Ha reducido ya su jornada laboral? NO Sí, en un % desde el para poder atender al menor enfermo.

¿Había percibido esta prestación previamente por el mismo motivo? NO Sí Desde el: Hasta el:

7. OBSERVACIONES Y ALEGACIONES

8. DATOS BANCARIOS

Código IBAN Entidad Sucursal D.C. Número de cuenta

Si desea que se le aplique un % IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo a continuación: %

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

MANIFIESTO mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de todos los datos del historial clínico del menor, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

AUTORIZO, como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico detallada en el apartado "1. Datos personales del solicitante", de cualquier acto de la Mutua en el ámbito del procedimiento de solicitud de la prestación económica por cuidado de menor efecto de cáncer u otra enfermedad grave. Las notificaciones así practicadas se entenderán realizadas a todos los efectos.

SOLICITO información del estado de la tramitación a través de SMS

En: , a de de Firma del solicitante

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, rº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - http://www.fraternidad.com Ref. FORM-91

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A ESTA SOLICITUD (marque "x" para indicar la documentación que aporta)

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE

- Fotocopia del DNI / NIE / Pasaporte (por ambas caras)
 Fotocopia de la cartilla de la cuenta bancaria

Si es familia monoparental: Documentación acreditativa de familia monoparental

Si NO es familia monoparental Acuerdo entre progenitores/acogedores/adoptantes/ tutores
 Documentación que acredita la custodia del menor

Si trabaja por cuenta ajena Certificado de empresa
 Copia del contrato de trabajo vigente

Si trabaja por cuenta propia: Certificado de trabajador por cuenta propia
 Fotocopia de los 3 últimos boletines de cotización
 Resolución de aplazamiento de deuda (si lo tuviera concedido)

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL DE OTRO PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE / TUTOR (SI NO ES FAMILIA MONOPARENTAL)

Fotocopia del DNI / NIE / Pasaporte (por ambas caras)

Si trabaja por cuenta ajena: Certificado de empresa

Si trabaja por cuenta propia Certificado de la entidad de cobertura correspondiente, que acredite que no es beneficiario de la prestación por cuidado de menores afectados de cáncer u otra enfermedad grave

Si es funcionario: Certificado de la Administración de la que dependa, que acredite que no es perceptor del permiso retribuido por cuidado de menores afectados de cáncer u otra enfermedad grave. (conforme al art. 49.e de la Ley 7/2007, de 12 de Abril, del Estatuto Básico del Empleado Público)

Si es profesional colegiado ajeno al Sistema de la Seguridad Social Certificado de pertenencia a la Mutualidad del Colegio Profesional al que pertenezca

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON EL MENOR ENFERMO

- Fotocopia del DNI / NIE / Pasaporte (por ambas caras) [obligatorio sólo si es mayor de 14 años]
 Fotocopia del libro de familia o certificación de la inscripción del menor en el registro civil
 Resolución judicial/administrativa de la adopción, acogimiento o designación como tutor
 Certificado de hospitalización del menor en el que conste el día del ingreso y, en su caso, la fecha de alta hospitalaria
 Certificado del médico tratante y del médico del Servicio Público de Salud indicando el diagnóstico y acreditando el tratamiento y la necesidad de cuidados del menor enfermo
 Informes médicos relacionados con la enfermedad del menor
 Certificado del centro educativo o de cuidados especiales al que acude el menor enfermo

FRATERNIDAD-MUPRESPA se reserva el derecho de poder solicitar, en cualquier momento, cuanta documentación adicional considere necesaria para acreditar el acceso o mantenimiento de la prestación económica solicitada.

FRATERNIDAD-MUPRESPA LE INFORMA

- I.- En cualquier momento usted podrá dirigirse a nuestras oficinas y/o consultar nuestro portal web. Estamos a su plena disposición para asesorarle e informarle. (www.fraternidad.com)
- II.- 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.
- III.- De no estar usted de acuerdo con las decisiones de la Mutua, podrá efectuar reclamación previa ante este órgano gestor antes de acudir al órgano jurisdiccional del orden social competente.
- IV.- La prestación económica por cuidado de menor afectado de cáncer u otra enfermedad grave se encuentra regulada en el artículo 135 quáter de la Ley General y desarrollada en el RD 1148/2011, de 29 de Julio [BOE del 30 de Julio].