



# INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIA DE:

ENTIDAD COLABORADORA

ATENCIÓN: Si ha trabajado usted en el EXTRANJERO debe pedir otro modelo de solicitud.

– Comience por esta misma página, pero antes lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## 1. DATOS PERSONALES

### 1.1 DEL FUTURO TITULAR DE LA PRESTACIÓN

|                                     |                                 |                                    |  |   |            |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|---|------------|----------------------------------|
| Primer apellido                     |                                 | Segundo apellido                   |  |   | Nombre     |                                  |
| Fecha de nacimiento                 | Sexo                            | Estado civil                       | Se encuentra:                                  | Tiene reconocida minusvalía:                            | Nombre de: | Número DNI - NIE - Pasaporte     |
| Día .....                           | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente | <input type="checkbox"/> de 33% a 64%                   | Padre      | Nº afiliación a Seguridad Social |
| Mes .....                           | <input type="checkbox"/> Mujer  | <input type="checkbox"/> Casado/a  | <input type="checkbox"/> Divorciado/a          | <input type="checkbox"/> más de 64%                     | Madre      | Nacionalidad                     |
| Año .....                           |                                 | <input type="checkbox"/> Viudo/a   |  | ¿Necesita ayuda de 3ª persona o por movilidad reducida? |            |                                  |
|                                     |                                 |                                    |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |            |                                  |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) |                                 |                                    |  | Número  | Bloque     | Escalera                         |
|                                     |                                 |                                    |  | Piso  | Puerta     | Nº de teléfono                   |
| Código postal                       | Localidad                       |                                    | Provincia                                      |   |            | País                             |

### 1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL

|  |            |                  |  |        |                                  |                |
|--|------------|------------------|--|--------|----------------------------------|----------------|
| Primer apellido  |            | Segundo apellido |  |        | Nombre                           |                |
| Fecha de nacimiento  | Nombre de: |                  | Actúa en nombre del solicitante como:        |        | Número DNI - NIE - Pasaporte     |                |
| Día .....  | Padre      |                  | <input type="checkbox"/> Representante legal |        | Nº afiliación a Seguridad Social |                |
| Mes .....  | Madre      |                  | <input type="checkbox"/> Apoderado           |        | Nacionalidad                     |                |
| Año .....  |            |                  | <input type="checkbox"/> Otro                |        |                                  |                |
| Domicilio habitual: (calle o plaza)  |            |                  |  | Número | Bloque                           | Escalera       |
|  |            |                  |  | Piso   | Puerta                           | Nº de teléfono |
| Código postal  | Localidad  |                  | Provincia                                    |        |                                  | País           |
| Si actúa en nombre de una persona jurídica, indique: Cargo que ostenta ..... |            |                  |  |        |                                  |                |
| Nombre o razón social .....  |            |                  |  |        |                                  | CIF: .....     |

## 2. DATOS PROFESIONALES

1) Formación académica y profesional que posee .....

2) En el año anterior al de la baja ha desempeñado los siguientes:

|                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| Puestos de trabajo | Tareas que realizaba en el mismo |
| .....              | .....                            |
| .....              | .....                            |
| .....              | .....                            |
| .....              | .....                            |
| .....              | .....                            |

3) Última empresa en la que trabaja o ha trabajado: .....

4) Dificultades que encuentra para realizar las tareas de su profesión habitual: .....

.....

.....

**3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL**SI ESTÁ DE BAJA MÉDICA: Fecha de la baja ..... / ..... / ..... ¿Trabajaba en esa fecha?:  NO  SíSI NO ESTÁ DE BAJA MÉDICA: ¿Trabaja actualmente?  NO  Sí  En el mismo puesto de trabajo  
 En puesto de trabajo distinto del que tenía en la fecha de la baja laboral

Motivo del cambio de puesto de trabajo: .....

Causa por la que no trabajaba en el momento de la baja o no trabaja actualmente:

 Trabajador en excedencia  Desempleo  Trabajador de temporada  
 Otra causa: .....  Tiene Convenio Especial con la Tesorería General S.S.Causa de la posible incapacidad:  Enfermedad común  Enfermedad profesional  Accidente de trabajo  Accidente no laboral¿Percibe pensión de organismo o empresa pública española?  NO  Sí Organismo .....¿Percibe prestación o subsidio por desempleo?  NO  Sí¿Está cobrando subsidio de Incapacidad Temporal?  NO  Sí ¿desde qué fecha? .....

Entidad de cobertura del subsidio por Incapacidad Temporal .....

Entidad aseguradora de Accidentes de Trabajo .....

**4. DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN**

Ingresos obtenidos por el solicitante o su cónyuge durante el año anterior, distintos de los del trabajo del que se deriva la incapacidad, e ingresos que previsiblemente obtendrán durante el año actual, distintos de los de la prestación que solicita. Si no tiene ingresos, ponga cero (0)

| Año      | Perceptor de los ingresos | Rendimientos netos de otros trabajos o actividades profesionales o empresariales | Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario | Importe bruto de pensiones públicas de organismos extranjeros |      |
|----------|---------------------------|--|--|---|------|
|          |                           |  |  | Importe   | País |
| Anterior | Interesado                |  |  |   |      |
| Anterior | Cónyuge                   |  |  |   |      |
| Actual   | Interesado                |  |  |   |      |
| Actual   | Cónyuge                   |  |  |   |      |

¿Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social cuando obtenga la prestación?  NO  Sí:  
 En la Administración Pública  Por cuenta ajena  Por cuenta propia

PERÍODO ELEGIDO PARA EL CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN: (Sólo en el caso de accidente no laboral) Desde ..... Hasta .....

**5. DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO Y A SU CARGO****5.1 CÓNYUGE  o PAREJA DE HECHO** 

|                     |      |                  |  |                                     |  |  |  |
|---------------------|------|------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| Primer apellido     |      | Segundo apellido |  | Nombre                              |  | Nº DNI - NIE - Pasaporte   |  |
| Fecha de nacimiento | Sexo | Nacionalidad     |  | Nº afiliación a la Seguridad Social |  | Convivencia de más de 1 año con su pareja: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |  |

**5.2 HIJOS PROPIOS O APORTADOS POR EL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO**

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| 1 <sup>er</sup> apellido  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| 2 <sup>o</sup> apellido   | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Nombre  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Nº DNI-NIE-Pasaporte  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Nº Afiliación S.S.  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Fecha nacimiento y Estado civil                                   | / / E. civil   | / / E. civil  | / / E. civil   | / / E. civil  |
| Minusvalía y ayuda de 3 <sup>a</sup> persona o movilidad reducida | <input type="checkbox"/> de 33% a 64%<br><input type="checkbox"/> más de 64% | Ayuda:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> de 33% a 64%<br><input type="checkbox"/> más de 64% | Ayuda:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Convive también con el otro progenitor?                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO           |
| Rentas anuales  | €  | €   | €  | €   |

**5.3 OTROS FAMILIARES Y ACOGIDOS LEGALES O DE HECHO**

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| 1 <sup>er</sup> apellido  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| 2 <sup>o</sup> apellido   | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Nombre  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Parentesco  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Nº DNI-NIE-Pasaporte  | .....  | .....   | .....  | .....   |
| Fecha nacimiento  | / /  | / /   | / /  | / /   |
| Minusvalía y ayuda de 3 <sup>a</sup> persona o movilidad reducida | <input type="checkbox"/> de 33% a 64%<br><input type="checkbox"/> más de 64% | Ayuda:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> de 33% a 64%<br><input type="checkbox"/> más de 64% | Ayuda:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Meses al año que convive con usted                                | meses  | meses   | meses  | meses   |
| Rentas anuales  | €  | €   | €  | €   |

**6. ALEGACIONES****7. OTROS DATOS**

| <b>7.1 A EFECTOS FISCALES</b>   |                    |  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
|---|--------------------|--|--------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|--|
| Residencia fiscal: Provincia .....  |                    | País .....   |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| Si alguna de las personas consignadas en los puntos 5.2 y 5.3 es un menor adoptado o acogido legalmente, indique:   |                    | Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique: |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre y apellidos</th> <th>Año de acogimiento</th> <th>Año de adopción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> |                    | Nombre y apellidos   | Año de acogimiento | Año de adopción | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | <input type="checkbox"/> Tabla general. Nº de hijos ..... |  |
| Nombre y apellidos  | Año de acogimiento | Año de adopción  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| .....   | .....              | .....  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| .....   | .....              | .....  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Si sus padres (o abuelos) conviven durante el año con otros hijos (o nietos), indique su número (incluido usted): .....  |                    | <input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas   |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Cuantía anual de pensión compensatoria a favor del cónyuge: ..... €  |                    | <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: ..... %  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: ..... €   |                    |  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Tipo voluntario de retención por IRPF: ..... %   |                    |  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <b>7.2 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:</b> .....   |                    |  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <b>7.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)</b>  |                    |  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| Domicilio (calle o plaza)   |                    | Número   | Bloque             |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
|   |                    | Escalera   | Piso               |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
|   |                    | Puerta   | Nº de teléfono     |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| Código postal   | Localidad          | Provincia  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
|   |                    | País   |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |
| <b>7.4 SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección:</b> .....  |                    |  |                    |                 |       |       |       |       |       |       |   |  |

**8. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN**

|  |  |   |          |   |                  |
|--|--|---|----------|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> POR BANCO O CAJA DE AHORROS |  | <input type="checkbox"/> POR GRADUADO SOCIAL              |          | <input type="checkbox"/> POR GIRO POSTAL  |                  |
| PAGO EN ESPAÑA                                       |  | <input type="checkbox"/> En ventanilla                    |          | <input type="checkbox"/> En cuenta del:   |                  |
| <input type="checkbox"/> Interesado (1.1)            |  | <input type="checkbox"/> Representante legal (1.2)        |          | <input type="checkbox"/> Graduado social  |                  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Otra persona o Centro autorizado |          | Nombre de la persona o Centro .....   |                  |
|  |  |   |          | NIF / CIF: .....  |                  |
|  |  | Nombre del Graduado social, en su caso                    |          | Nº DNI - NIE - Pasaporte  |                  |
| CÓDIGO CUENTA CLIENTE                                |  | ENTIDAD   | SUCURSAL | D. C.   | NÚMERO DE CUENTA |
|  |  |   |          |   |                  |
|  |  | Nombre de la Entidad Bancaria                             |          |   |                  |
| Domicilio: (calle o plaza)                           |  | Localidad   |          | Provincia   |                  |
| PAGO EN EL EXTRANJERO                                |  | <input type="checkbox"/> Cheque                           |          | <input type="checkbox"/> Transferencia: imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos vigentes en ese país. |                  |
|  |  | PAÍS: .....   |          |   |                  |

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, asimismo, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. de 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi Historial Clínico custodiado por los Servicios Públicos de Salud o Centros Concertados, con garantía de confidencialidad.

....., a ..... de ..... de 200 .....

Firma



# INCAPACIDAD

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- 1.- **DATOS PERSONALES.**- Si la petición no se formula en nombre propio sino a través de otra persona, rellene también el apartado de los datos del representante legal.  
Si el interesado está acogido en algún Centro oficial o privado que actúa como guardador, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director, secretario, administrador, etc.)  
Los datos sobre separación, divorcio y minusvalía son información operante a efectos fiscales (cálculo del % de retención de IRPF de la prestación) excepto en los Territorios Forales y su cumplimentación es totalmente voluntaria. Si no lo hace no se tendrán en cuenta estos datos a los efectos mencionados. Si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con ese fin.
- 2.- **DATOS PROFESIONALES.**- Sea lo más conciso posible al poner esta información.
- 3.- **DATOS DE SITUACIÓN LABORAL.**- Tanto si no trabajaba en el momento de obtener la baja médica como si -no estando de baja- no trabaja ahora, indique la causa de esa situación. Si su puesto de trabajo es distinto del que tenía en el momento de la baja laboral, díganos la causa que motivó el cambio.  
Ponga también la entidad aseguradora (Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o INSS) que tiene concertada.
- 4.- **DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN.**- Reseñe los ingresos que usted o su cónyuge han obtenido en el año anterior, así como los que previsiblemente vayan a obtener en el año en curso y que se correspondan con los conceptos que se indican en la casillas. Esta información es necesaria para calcular un posible complemento a mínimos de su prestación. Si piensa trabajar una vez que tenga concedida la prestación, debe decirnos dónde porque ambas situaciones pueden ser incompatibles; incluya los trabajos en las Administraciones Públicas y otros organismos constitucionales.  
Cumplimente el apartado "Período elegido para el cálculo de la prestación" únicamente si la incapacidad es debida a un accidente no laboral y en el momento en el que aquél se produjo se encontraba usted en la Seguridad Social en situación de alta o asimilada al alta. Indique el período de 24 meses ininterrumpidos dentro de los 7 últimos años que considere más beneficioso para el cálculo. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa tomaremos el que, a nuestro juicio, resulte más favorable para usted.
- 5.- **DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO Y A SU CARGO.**- Son necesarios para incluirlas en su Cartilla de Asistencia Sanitaria. Es preciso que esas personas convivan y dependan económicamente de usted y que no tengan reconocida la Asistencia Sanitaria por derecho propio.  
Los datos referentes a estado civil, minusvalía, rentas anuales y tiempo de convivencia de los hijos y ascendientes se utilizan para calcular correctamente la retención por IRPF y pueden disminuir su cuantía, excepto en los Territorios Forales; su cumplimentación es totalmente voluntaria. También puede optar por suministrarlos directamente a la Administración Tributaria a fin de que sea ella la que calcule y comunique el % de retención aplicable a su pensión (STS 18-3-2000 y 20-5-2000)
- 6.- **ALEGACIONES.**- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
- 7.- **OTROS DATOS.**  
**DATOS FISCALES.** Si el futuro titular de la prestación tiene establecida su residencia fiscal (más de 180 días al año) en un país extranjero o en una Comunidad o Ciudad Autónoma o Territorio Foral distinto del lugar en donde se tramita su expediente, debe indicarlo así ya que el tratamiento de retenciones por IRPF puede ser diferente.  
Los pagos de pensión compensatoria al cónyuge o de alimentos por hijos pueden disminuir la base de cálculo a esos mismos efectos. Su declaración es totalmente voluntaria; si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con esa finalidad. Si no lo hace no se tendrán en cuenta a los efectos antedichos. También puede optar por suministrar estos datos directamente a la Administración Tributaria  
La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.  
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.
- 8.- **MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.**- Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.  
Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.  
Si reside en el extranjero y quiere recibir allí el pago, debe aportarnos todos los datos que le proporcionen en su entidad bancaria en ese país para hacerlo posible.

# INCAPACIDAD

## DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN

(En original, fotocopia compulsada o acompañados de copia para proceder a su compulsada)

### EN TODOS LOS CASOS

- 1.- Acreditación de identidad del interesado, representante legal y demás personas que figuran en la solicitud mediante la siguiente documentación en vigor:
  - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI)
  - Extranjeros residentes en España: Tarjeta de residencia
  - Extranjeros no residentes en España: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero, asignado por el Ministerio del Interior).
  
- 2.- Bases de cotización de los ..... últimos meses a través de:
  - Certificación de la última empresa o empresas en las que ha trabajado.
  - Justificantes de pago de cuotas si es usted el obligado al ingreso de las mismas.
  - Certificado expedido por el INEM u organismo competente en su Comunidad Autónoma, si está usted en desempleo.
  
- 3.- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso.

### EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

- 4.- Parte administrativo de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 5.- Certificado empresarial de salarios reales del año anterior.

### PARA COMPLEMENTO POR MÍNIMOS:

- 6.- Si está casado/a, Libro de Familia o certificado en extracto del Acta de Matrimonio.

### PARA INCLUIR EN ASISTENCIA SANITARIA:

- 7.- Acreditación de convivencia con la pareja de hecho si no estuviera previamente incluida en la Cartilla de Asistencia Sanitaria del interesado.

### OTROS DOCUMENTOS:

- 8.- Tarjeta de demandante de empleo del INEM u organismo competente, si se encuentra en situación de paro involuntario no subsidiado.
  
- 9.- Si está en su poder, Historial Clínico elaborado por el Servicio de Salud Pública competente en su Comunidad Autónoma o, en su caso, Informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.

### PARA RETENCIÓN POR IRPF:

- 10.- Testimonio de la resolución judicial que fija la pensión compensatoria al cónyuge o la anualidad por alimentos a hijos.
  
- 11.- Certificado de minusvalía y grado reconocido del solicitante o de sus ascendientes y descendientes discapacitados que conviven con él y a su cargo, expedido por el IMSERSO u organismo competente.
  
- 12.- Acreditación de la necesidad de ayuda de terceras personas o por movilidad reducida, expedida por el IMSERSO u organismo competente.
  
- 13.- Auto judicial o Certificado de convivencia en régimen de acogimiento familiar permanente expedido por la Comunidad Autónoma.

**En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público**

## EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el art. 42.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE del 27-11-92 y 14-1-99), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 135 días contados desde la fecha en la que su formulario ha sido registrado 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. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contado desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 1 (acreditación de identidad del futuro titular y, en su caso, del representante legal) y 2 a 5: si la petición se ha instado por el propio trabajador se entenderá que desiste de la misma, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la ya citada Ley 30/1992. 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.
- Documentos 1 (acreditación de identidad de las demás personas que figuran en el formulario) y 6 a 13: 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. 80 de la misma Ley 30/1992.

## RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos declarados, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser actos constitutivos de delito.

Si va a enviar por correo postal este formulario, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello.

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

**NO OLVIDE IMPRIMIR DOS COPIAS Y CONSERVAR UNA DE ELLAS UNA VEZ PRESENTADA Y REGISTRADA**

## Manejo de botones Borrar, Validar, Modificar, Imprimir, Instrucciones y Anterior

### Pulsando Borrar

- Limpia el contenido de todos los campos de todas las páginas del formulario.

### Pulsando Validar

- Valida todas las páginas a la vez
- Nos marca en color rojo los datos obligatorios no introducidos
- Una vez validados todos los datos aparece un sello certificándolo
- A continuación puede proceder a la impresión de todas las páginas del formulario pulsando el icono de imprimir de la barra de herramientas del Acrobat

### Pulsando Modificar

- Desbloqueamos los campos que conforman todas las páginas del formulario
- Una vez realizadas las modificaciones, pulsar de nuevo Validar, verificando su contenido hasta que aparezca un sello certificándolo
- A continuación puede proceder a la impresión de todas las páginas del formulario pulsando el icono de imprimir de la barra de herramientas del Acrobat

### Pulsando Imprimir

- Impresión de todas las páginas del formulario pulsando el icono de imprimir de la barra de herramientas del Acrobat
  - Impresión errónea:
    1. No realizó validación
    2. Efectuó la validación, pero no apareció el sello certificándolo.
- Deben imprimirse dos copias, una para la administración y otra para el interesado

### Pulsando Instrucciones

- Instrucciones para la cumplimentación de la Solicitud

### Pulsando Anterior

- Regresa a la página del formulario donde se pulsó el botón de ayuda

## Problemas al visualizar, introducir los datos o imprimir el formulario INC17

### Impresión parcial de alguna página

- Pulsar el icono de impresión de la barra de herramientas
- Marcar Ajustar página
- Marcar todas las páginas

### En pantalla o al imprimir las letras salen montadas

- Instalar el Acrobat Reader 5.0. Programa necesario para la visualización de ficheros PDF

### Introducir datos

- La versión necesaria para la correcta visualización del documento es el Acrobat Reader 5.0