

**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**

D/D<sup>a</sup> .....  
con DNI - NIE - pasaporte ..... número de la Seguridad Social .....

**Y**

D/D<sup>a</sup> .....  
con DNI - NIE - pasaporte ..... número de la Seguridad Social .....

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

**ACUERDAN**

que sea D/D<sup>a</sup> .....  
quién solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, que  
iniciará con fecha

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

Firma

Firma

Fdo.:

Fdo.:

Nota: De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en ficheros de su Mutua, con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, puede dirigirse mediante escrito a su Mutua.