

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

1.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono fijo		Teléfono móvil
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera
				Piso	Puerta	
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad	
Relación con el menor						
<input type="checkbox"/> Progenitor		<input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente			<input type="checkbox"/> Tutor	
1.1	DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR			Es familia monoparental(*) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

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

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI-NIE-Pasaporte		Número de la Seguridad Social		¿Trabaja por cuenta ajena o propia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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					

3.- DATOS DEL MENOR/ES

Apellidos y nombre		DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento
Apellidos y nombre		DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento

4.- MOTIVO DE LA SOLICITUD

INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR	
Fecha del ingreso hospitalario del menor	
¿Ha reducido la jornada laboral? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de la jornada reducida	
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)	

5.- OTROS DATOS

5.1 DATOS FISCALES	
Tipo voluntario de retención por IRPF %	
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:	
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos	<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas <input type="checkbox"/> Tipo voluntario %

(*) Se 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.

Apellidos i nombre:	DNI-NIE-passaporte
---------------------	--------------------

5.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)

Domicilio habitual (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal		Localidad						
Provincia		País				Apartado de correos			

5.4 INFORMACIÓN TELEMÁTICA

¿DESEA recibir información por SMS? Sí No

Si DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección.....

6.- OBSERVACIONES

7.- DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN

EN CUENTA/LIBRETA	CODIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA					
				D. CONTROL	CCC				

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos declarados que se puedan producir mientras perciba la prestación.

....., de de 20

Firma del interesado