

PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE
1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer Apellido				Segundo Apellido				
Nombre				Teléfono	Número de la Seguridad Social		DNI/NIE	Fecha de nacimiento
								__ / __ / ____
Domicilio habitual								
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal		Localidad	
Provincia			Nacionalidad			E-mail		
Relación con el menor								
Progenitor			Acogedor preadoptivo/permanente			Tutor		

1.1 Datos de la unidad familiar

Es familia monoparental(*)	Sí	No
----------------------------	----	----

(*) Se entiende por familia monoparental la formada por un solo progenitor con quien convive el menor y que constituye el sustentador único de la familia.

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?	
				Sí No	
Pertenece por razón de su actividad al					
Régimen general de la Seguridad Social		Régimen especial de			
Otros					

3. DATOS DEL MENOR/ES

Apellidos y nombre		DNI/NIE	Fecha de nacimiento
			__ / __ / ____
			__ / __ / ____

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Ingreso Hospitalario del Menor			
Fecha del ingreso hospitalario del menor __ / __ / ____			
¿Ha reducido la jornada laboral?		Sí	No
		Fecha de inicio de la jornada reducida __ / __ / ____	
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)			

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

5. OTROS DATOS

5.1 Domicilio fiscal (marque la opción que proceda)

- a) En territorio nacional, excepto territorio foral
- b) En territorio foral (indique el que corresponda) Bizkaia Araba Gipuzkoa Navarra
- c) No residente en territorio nacional

5.2 Sólo en el caso de domicilio fiscal en territorio foral:

Descendientes a cargo con derecho a deducción según la respectiva Norma Foral reguladora del IRPF: Desc. 1 Desc. 2 Año de nacimiento Desc. 3 Desc. 4 Desc. 5 Desc. 6

Discapacidad del solicitante (grado de minusvalía reconocido) : Igual o superior al 33% Igual o superior al 65%

¿Obligado a satisfacer pensión compensatoria al cónyuge o pareja de hecho por resolución judicial? Importe anual

5.3 Tipo voluntario de retención

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)

5.4 Idioma

Lengua cooficial en la que desea recibir la correspondencia

5.5 Domicilio de comunicaciones a efectos legales (sólo si es diferente al indicado en el apartado 1)

Domicilio habitual						
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad
Provincia				Teléfono de contacto		E-mail

5.6 Información telemática

¿Desea recibir información por sms?	Si	No	
Si desea recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección			

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

6. ALEGACIONES

7. DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN

Código o país	Entidad	Sucursal	D.C.	Nº cuenta

8. A QUIÉN PERTENCE



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 a Mutua Egarsat MCSS N.276 cualquier variación de los datos declarados que se puedan producir mientras perciba la prestación.

Firma del interesado

_____, ____ de _____ de _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento del Reglamento 2016/679 de la Unión Europea relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que:

Responsable del tratamiento	El responsable del tratamiento de sus datos es EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 , con domicilio social en Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.
Finalidad	Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
Base de Legitimación	EGARSAT solo procederá al tratamiento de datos personales porque existe, por lo menos, una de las siguientes bases de legitimación del tratamiento: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. En concreto, el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del derecho laboral y de la seguridad y protección social, en la medida en que así lo autoriza la Ley General de la Seguridad Social, R.D.L 8/2015, de 30 de octubre.
Destinatarios	Sus datos podrán ser comunicados por obligación legal a administraciones públicas (por ejemplo: al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social), a entidades bancarias para proceder al cobro de los servicios o pago de prestaciones, y a empresas y profesionales de la salud colaboradores de EGARSAT, únicamente con el propósito de satisfacer las finalidades indicadas. Sus datos también pueden ser cedidos a otras mutuas en cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social (Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, de Colaboración de las Mutuas con la Seguridad Social). Es posible que, en alguna ocasión, para cumplir las finalidades indicadas, sea necesario realizar una transferencia internacional de sus datos más allá de los países del Espacio Económico Europeo.
Criterio de Conservación de los datos	Conservaremos sus datos personales de identificación y administrativos mientras le prestemos cualquier tipo de servicio -a usted o a su empresa- o nos lo preste usted y, por lo menos, durante 5 años después de que finalice la relación con la mutua, en cumplimiento del artículo 16 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Colaboración de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. Los datos de salud que podamos tratar de usted serán conservados en cumplimiento de los plazos de conservación legalmente establecidos en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, salvo que una normativa autonómica prevea uno diferente mayor. Del mismo modo, procederemos a conservar toda aquella documentación que sea necesaria para poder atender cualquier proceso judicial o contingencia prevista, mientras se prevea su utilidad. Para aquellos supuestos en los que es necesario su consentimiento expreso, sus datos se conservarán hasta que solicite su supresión o revoque su consentimiento, salvo en el caso de candidatos que facilitan su currículum, en cuyo caso la información será destruida de forma segura en un plazo máximo de 6 meses.
Derechos	Usted tiene derecho a revocar, en cualquier momento, cualquier consentimiento que nos haya otorgado y a acceder a la información que tenemos de usted, a rectificarla, a suprimirla, a oponerse a su tratamiento, a solicitar la limitación del tratamiento o a pedir la portabilidad de sus datos y a que no se tomen decisiones automatizadas en base a sus datos, incluida la realización de perfiles. Para ello, tan sólo precisa comunicarlo mediante escrito firmado, adjuntando una fotocopia de cualquier documento oficial válido que acredite su identidad (DNI, pasaporte...), dirigido a: EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 - Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona. Alternativamente, se puede dirigir a nuestro Delegado de Protección de Datos, que es la persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad. Puede hacerlo a través de dpo@egarsat.es o mediante carta postal a la atención del Sr. Delegado de Protección de Datos, remitida a la dirección indicada, incluyendo la referencia "DPD - Delegado de Protección de Datos". En caso de ejercicio de derechos por medio de representante, será necesario que la solicitud se acompañe de autorización expresa y copia del DNI, pasaporte o documento oficial equivalente del representante y del representado. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control.
Información adicional	Si no nos facilita los datos solicitados o no presta los consentimientos solicitados, es posible que no se pueda satisfacer su pretensión.