Mutua Universal | Mugenat. Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 10

CASO: _____

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

1. DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

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/la menor ☐ Progenitor/a ☐ Acogedor/a pre adoptivo/a / permanente ☐ Tutor/a

1.1. DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Es familia monoparental (*) ☐ SÍ ☐ NO

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL/LA OTRO/A PROGENITOR/A / ADOPTANTE / ACOGEDOR/A

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI-NIE-Pasaporte	Número de la Seguridad Social	¿Trabaja por cuenta ajena o propia? ☐ SÍ ☐ NO

Pertenece en razón de su actividad al:

☐ Régimen General de la Seguridad Social

☐ Régimen Especial de _____ ☐ Otros _____

3. DATOS DEL/LA MENOR

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

INGRESO HOSPITALARIO DEL MENOR

Fecha de ingreso hospitalario del/la menor _____

Fecha de inicio de la jornada reducida _____

Porcentaje de reducción (a partir del 50%) _____

5. INFORMACIÓN TELEMÁTICA

SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección: _____

6. ALEGACIONES

(*) Se entenderá por familia monoparental la constituida por un/a solo/a progenitor/a con el/la que convive el/la menor y que constituye el/la sustentador/a único/a de la familia.

7. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

El/la beneficiario/a efectúa **Declaración Responsable Expresa** de ser el/la titular de la siguiente cuenta bancaria en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada.																							
CÓDIGO IBAN (Código internacional de cuenta bancaria, 24 dígitos)																							
Los pagos se efectuarán por transferencia bancaria. En caso que el/la titular de la cuenta no coincida con el/la beneficiario/a de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, no se autorizará el abono de la prestación.																							

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 de la obligación de comunicar a MUTUA UNIVERSAL cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

En _____ , a _____ de _____ de 20_____

Firma del/la solicitante

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la base que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal, y que se trataran con la siguiente finalidad:

• Gestión de la prestación por Cuidado de Menores

Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.

Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: www.aepd.es

A CUMPLIMENTAR POR MUTUA UNIVERSAL

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte

Clave de identificación de su expediente
Persona de contacto de Mutua Universal:

Sello de entrada de Mutua Universal

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

DOCUMENTOS, ORIGINALES Y EN VIGOR, QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR MUTUA [1]:

- ☐ 1. Solicitud de Prestación por cuidado de menores (CUME) [1]
- ☐ 2. Acreditación de la identidad personal progenitor/a/es/as mediante (DNI, Pasaporte…) [1]
- ☐ 3. Declaración médica del Servicio Público de Salud.
- ☐ 4. Certificado de titularidad u otro documento acreditativo de ser titular de la cuenta bancaria informada.
- ☐ 5. Libro de familia o certificación de la inscripción del descendiente o descendientes en el Registro Civil.
- ☐ 6. Informe de hospitalización del/la menor completo por una de las enfermedades de la Orden TMS 103/2019 del 9 de febrero del 2019.
- ☐ 7. Acuerdo entre progenitores/as (siempre que haya convivencia entre los/las progenitores/as).
- ☐ 8. Otros documentos.

Firma del trabajador/a

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números:

_____

Fecha _____ Lugar _____

Si en un plazo de 30 días (desde la fecha en la que le hayan sido requeridos), no aporta la documentación pendiente, procederemos a cancelar su solicitud, debiendo volver a iniciar los trámites nuevamente si quiere proceder al trámite de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE. -** Este apartado se cumplimentará con los datos de identificación personal y de residencia permanente del/la solicitante.

   1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILAR: Cumplimente la casilla correspondiente.

2. **DATOS IDENTIFICATIVOS DEL/LA OTRO/A PROGENITOR/A. -** Si hay otro/otra progenitor/a, cumplimente sus datos de identificación personal y laboral, indicando si pertenece al Sistema de la Seguridad Social. De pertenecer a otro Sistema o Colegio Profesional, indíquelo.

3. **DATOS DEL/LA MENOR. -** Cumplimente los datos solicitados. Si el/la menor ha cumplido 14 años el dato DNI/NIE/Pasaporte es obligatorio.

4. **MOTIVO DE LA SOLICITUD. -** Cumplimente las casillas correspondientes y consigne las fechas y datos de que disponga.

5. **INFORMACIÓN TELEMÁTICA. -** Sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por este medio.

6. **ALEGACIONES. -** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

7. **COBRO DE LA PRESTACIÓN. -** Debe indicar el IBAN que es el equivalente a su número internacional de cuenta bancaria. Puede encontrarlo en los recibos y comunicaciones que le envía su banco o caja de ahorros. Ponga especial cuidado al rellenar las casillas para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad de los/las interesados/as (también del/la causante si tiene 14 años) mediante la siguiente documentación en vigor:
  - Españoles/as: Documento nacional de identidad (DNI).
  - Extranjeros/as: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
- Formulario de solicitud de prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (Documento original).
- Formulario: Acuerdo entre progenitores/as (a excepción de las personas trabajadoras en situación de divorcio o de un/a solo/a progenitor/a).
- Certificado de titularidad bancaria u otro documento acreditativo de ser titular de la cuenta bancaria informada.
- Libro de familia o, en su defecto, certificado de la inscripción del descendiente en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.
- Formulario: Declaración médica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave: Certificado del/la facultativo/a del Servicio Público de Salud en el que conste que el/la menor se encuentra afectado/a por cáncer u otra enfermedad grave que requiere ingreso hospitalario, indicando la fecha estimada de duración del ingreso y si el/la menor precisa un tratamiento continuado de la enfermedad, fuera del centro hospitalario, que indique la duración estimada del mismo.
- Informe completo de ingreso hospitalario donde se diagnostique una enfermedad de las incluidas en el anexo de enfermedades de la Orden TMS 103/2019 del 06 de febrero 2019.

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA NO CONVIVENCIA ENTRE PROGENITORES/AS

- En el supuesto de no convivencia de los/las progenitores/as se deben aportar los dos documentos siguientes:
  - Sentencia de separación/ divorcio.
  - Medidas de custodia del/la menor.
- En el caso de familias con dos progenitores/as en el libro de familia y en que exista el fallecimiento de un/a progenitor/a:
  - Certificado de defunción del/la progenitor/a fallecido/a.
- En el caso de familias con dos progenitores/as en el libro de familia y en que exista el abandono de familia de uno/a de los/las progenitores/as:
  - Resolución judicial en la que se declare el abandono de familia.

DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA CUANDO EL/LA OTRO/A PROGENITOR/A NO PERTENECE AL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- Certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo indicando que el mismo realiza una actividad laboral encuadrada en el Sistema de Clases Pasivas.
- Certificado del Colegio Profesional al que pertenezca, si se trata de una actividad profesional.
- Sólo cuando el/la otro/a progenitor/a es funcionario/a, incluido en el ámbito de aplicación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP): certificado expedido por la unidad de personal de su centro de trabajo, indicando si le es de aplicación el EBEP, si disfruta del permiso establecido en el artículo 49.e) de dicha ley, así como la situación administrativa en la que se encuentra.
- Si el/la otro/a progenitor/a se encuentra trabajando en el extranjero, se debe acreditar mediante contrato de trabajo y nómina el desarrollo de su actividad laboral.

DOCUMENTACION PERSONAS TRABAJADORAS DEL RÉGIMEN GENERAL

- Formulario: Certificado de la empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales, así como el porcentaje de parcialidad en la reducción de jornada.
- Formulario: Declaración de la empresa sobre la reducción de jornada de la persona trabajadora para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

SOLO EN EL CASO DE PERSONAS TRABAJADORAS RESPONSABLES DEL INGRESOS DE CUOTAS

- Formulario: Declaración de la persona trabajadora, responsable del ingreso de cuotas sobre la reducción de su jornada de trabajo para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.
- Justificante de cotización de los dos últimos meses
- Formulario: Declaración de la situación de actividad.

SOLO EN EL CASO DE PERSONAS TRABAJADORAS QUE FORMAN PARTE DEL COLECTIVO DE ARTISTAS Y PROFESIONALES TAURINOS.

Documentación relativa a la cotización:

- Para los/las Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Personas trabajadoras responsables del ingreso de las cuotas: Justificantes del pago de los 2 últimos meses.

OTROS DOCUMENTOS:

En casos de acogimiento / tutela: resolución administrativa o judicial.

MUTUA UNIVERSAL LE INFORMA

En cualquier momento Vd. puede dirigirse a nuestras oficinas. Estamos a su plena disposición para ayudarle, asesorarle e informarle.

La documentación debe ser presentada presencialmente por la propia persona trabajadora, representante legal debidamente autorizado o por correo ordinario. Ante cualquier solicitud de prestación económica recibida que no sea original, el/la interesado/a deberá subsanar dicha situación, ya sea personándose en el centro dónde ha remitido la documentación para proceder a su firma o remitiéndola por correo.

Si la documentación se adelanta por correo electrónico, se aceptará e iniciará el pago de la prestación económica. Si en el plazo máximo de 90 días no se dispone el documento original: solicitud de prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad, se bloqueará el pago de la prestación económica en espera del documento original.

De acuerdo con el artículo 9, punto 3 y 4, del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, el plazo máximo para resolver y notificar el reconocimiento o denegación del derecho al reconocimiento es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en Mutua Universal.

Transcurrido el plazo de treinta días a que se refiere el apartado anterior, sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, la solicitud se entenderá desestimada, de conformidad con el apartado 2 de la disposición adicional vigésima quinta del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

IMPORTANTE:

Cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral como a la del/la otro/a progenitor/a o del/la menor (cese en el trabajo, alta hospitalaria del/la menor, etc.), mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicada en el centro de Mutua Universal más cercano a su domicilio.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la base que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal, y que se trataran con la siguiente finalidad:

• Gestión de la prestación por Cuidado de Menores

Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas.

Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: www.aepd.es