

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ ECONÒMICA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

1. DADES PERSONALS DEL/DE LA SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Primer cognom		Segundo cognom		Nom	
Data de naixement		Número de la Seguretat Social	DNI-NIE-Passaport	Telèfon fix	Telèfon mòbil
Domicili habitual: (carrer o plaça)				Número	Bloc
				Escala	Pis
				Porta	
Codi postal	Localitat		Província	Nacionalitat	
Relació amb el/la menor					
☐ Progenitor/a ☐ Acolridor/a pre adoptiu/va / permanent ☐ Tutor/a					
1.1. DADES DE LA UNITAT FAMILIAR					
Sou família monoparental (*) ☐ SÍ ☐ NO					

2. DADES IDENTIFICATIVES DE L'ALTRE/A PROGENITOR/A / ADOPTANT / ACOLLIDOR/A

Primer cognom		Segon cognom		Nom	
DNI-NIE-Passaport		Número de la Seguretat Social	Treballeu per compte aliè o propi? ☐ SÍ ☐ NO		
En raó de la vostra activitat esteu al:					
☐ Règim General de la Seguretat Social					
☐ Règim Especial de _____ ☐ Altres _____					

3. DADES DEL/DE LA MENOR

Cognoms i nom	DNI-NIE-Passaport	Data de naixement

4. MOTIU DE LA SOL·LICITUD

INGRÉS HOSPITALARI DEL MENOR	
Data d'ingrés hospitalari del/la menor	_____
Data d'inici de la jornada reduïda	_____
Percentatge de reducció (a partir del 50%)	_____

5. INFORMACIÓ TELEMÀTICA

SI VOLEU rebre informació per correu electrònic, indiqueu-nos la vostra adreça: _____

6. AL·LEGACIONS

--

(*) S'entendrà per família monoparental la constituïda per un/a sol/a progenitor/a amb qui conviu el/la menor i que constitueix el/la sustentador/a únic/a de la família.

7. DADES BANCÀRIES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ MITJANÇANT TRANSFERÈNCIA

El/la beneficiari/a efectua Declaració Responsable Expressa de ser el/la titular del següent compte bancari en la que demana que es pagui la prestació econòmica sol·licitada.																							
CODI IBAN (Codi internacional de compte bancari, 24 dígit)																							
<i>Els pagaments es faran per transferència bancària. Si el/la titular del compte no coincideix amb el/la beneficiari/a de la prestació per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, no s'autoritzarà l'abonament de la prestació.</i>																							

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, que subscric per a que se'm reconegui la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, manifestant que estic assabentat/da de l'obligació de comunicar a MUTUA UNIVERSAL qualsevol variació d'aquests que es poguessin produir mentre percebo la prestació.

A _____, el _____ de _____ de 20____

Signatura del/de la sol·licitant

De conformitat amb allò establert en la normativa vigent en matèria de protecció de dades, Mutua Universal- Mugenat, MCSS núm. 10 (en endavant Mutua Universal), amb NIF G-08242463, us informa que la legitimació del tractament de les vostres dades és la base legal, i que es tractaran amb les següents finalitats:

- Gestió de la prestació per cura de menors

Les vostres dades es guardaran durant el termini mínim de conservació establert per la legislació vigent, així com per a l'atenció de les possibles responsabilitats nascudes del tractament i només durant el termini de prescripció d'aquestes.

A més a més, les dades objecte del tractament podran ser comunicades a organismes públics, entre altres a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, a l'Agència Tributària o a la Tresoreria General de la Seguretat Social.

Us informem que podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, oposició i/o portabilitat adreçant-vos al Delegat de Protecció de Dades (DPD) de Mutua Universal per mitjà del correu electrònic a protecciondatos@mutuauniversal.net o bé per correu a la següent adreça: Av. Tibidabo, núm. 17-19, 08022 Barcelona.

Teniu dret a presentar una reclamació davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD), a través de la seva pàgina web: www.aepd.es

A EMPLERAR PER MUTUA UNIVERSAL

Cognoms i nom	DNI-NIE-Passaport

Clau d'identificació del vostre expedient
Persona de contacte de Mutua Universal

Segell d'entrada de Mutua Universal

PRESTACIÓ ECONÒMICA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

DOCUMENTS, ORIGINALS I EN VIGOR, QUE US REQUERIM EN LA DATA DE RECEPCIÓ DE LA SOL·LICITUD PER MUTUA ⁽¹⁾:

- ☐ 1. Sol·licitud de prestació per cura de menors (CUME) ⁽¹⁾
- ☐ 2. Acreditació de la identitat personal progenitor/a/s/es mitjançant DNI, passaport,...) ⁽¹⁾
- ☐ 3. Declaració mèdica del Servei Públic de Salut.
- ☐ 4. Certificat de titularitat o un altre document acreditatiu de ser titular del compte bancari informat.
- ☐ 5. Llibre de família o certificació de la inscripció del descendent o descendents en el Registre Civil.
- ☐ 6. Informe d'hospitalització del/la menor complet per una de les malalties de l'Ordre TMS 103/2019, del 9 de febrer del 2019.
- ☐ 7. Acord entre progenitors/es (sempre que hi hagi convivència entre els/les progenitors/es).
- ☐ 8. Altres documents.

Signatura del treballador/a

Vaig rebre els documents requerits a excepció dels números:

Data	Lloc
------	------

Si en un termini de 30 dies des de la data en la que us hagin estat requerits, no aporteu la documentació pendent, procedirem a cancel·lar la vostra sol·licitud, i haureu de tornar a iniciar els tràmits novament si voleu procedir al tràmit de la prestació per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu.

INSTRUCCIONS PER A EMPLENAR LA SOL·LICITUD

- 1. DADES PERSONALS DEL/DE LA SOL·LICITANT** - Aquest apartat s'emplenarà amb les dades d'identificació personal i de residència permanent del/la sol·licitant.
1.1 DADES DE LA UNITAT FAMILIAR: Empleneu la casella corresponent.
- 2. DADES IDENTIFICATIVES DE L'ALTRE/A PROGENITOR/A** - Si hi ha un altre/a progenitor/a, empleneu les seves dades d'identificació personal i laboral, indicant si pertany al sistema de la Seguretat Social. Si pertany a un altre sistema o col·legi professional, indiqueu-ho.
- 3. DADES DEL/DE LA MENOR.** - Empleneu les dades sol·licitades. Si el/la menor ha fet 14 anys, el dada DNI/NIE/Passaport és obligatori.
- 4. MOTIU DE LA SOL·LICITUD** - Empleneu les caselles corresponents i consigneu les dates i dades de que disposeu.
- 5. INFORMACIÓ TELEMÀTICA** - Només l'heu d'emplenar si voleu rebre informació per aquest mitjà.
- 6. AL·LEGACIONS** - Si voleu afegir quelcom que considereu important per a tramitar la vostra prestació i no està recollit en aquesta sol·licitud, poseu-lo en aquest apartat de la forma més breu i concisa possible.
- 7. COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ** - Heu d'indicar l'IBAN que és l'equivalent al vostre número internacional de compte bancari. Podeu trobar-lo en els rebuts i comunicacions que us envia el vostre banc o caixa d'estalvis. Poseu especial atenció en emplenar les caselles perquè no hi hagi problemes quan fem l'ingrés.

DOCUMENTS NECESSARIS PER AL TRÀMIT DE LA PRESTACIÓ

EN TOTS ELS CASOS

- Acreditació d'identitat dels/les interessats/des (també del/la causant si té 14 anys) mitjançant la següent documentació en vigor:
 - Espanyols/es: Document nacional de identitat (DNI).
 - Estrangers/es: Passaport o document d'identitat vigent en el seu país i NIE (Número d'Identificació d'Estranger) exigit per l'AEAT a efectes de pagament.
- Formulari de sol·licitud de prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu (Document original).
- Formulari: Acord entre progenitors/es (a excepció de les persones treballadores en situació de divorci o d'un/a sol/a progenitor/a).
- Certificat de titularitat bancària o un altre document acreditatiu de ser titular del compte bancari informat.
- Llibre de família o, en el seu defecte, certificat de la inscripció del descendent en el Registre Civil o resolució judicial de l'adopció.
- Formulari: Declaració mèdica per a la cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu: Certificat del/la facultatiu/va del Servei Públic de Salut en el que hi consti que el/la menor està afectat/a per càncer o una altra malaltia greu que requereix ingrés hospitalari, indicant la data estimada de durada de l'ingrés i si el/la menor precisa un tractament continuat de la malaltia, fora del centre hospitalari, que n'indiqui la durada estimada.
- Informe complet d'ingrés hospitalari on es diagnostiqui una malaltia de les incloses a l'annex de malalties de l'Ordre TMS 103/2019, del 6 de febrer 2019.

DOCUMENTACIÓ ESPECÍFICA PER A NO CONVIVÈNCIA ENTRE PROGENITORS/ES

- En el supòsit de no convivència dels/les progenitors/es cal aportar els dos documents següents:
 - Sentència de separació/ divorci.
 - Mesures de custòdia del/la menor.
- En el cas de famílies amb dos progenitors/es en el llibre de família i un/a dels progenitors/es hagi mort:
 - Certificat de defunció del/la progenitor/a mort/a.
- En el cas de famílies amb dos progenitors/es en el llibre de família en que un/a dels/les progenitors/es els hagi abandonat:
 - Resolució judicial en la que es declari l'abandonament de família.

DOCUMENTACIÓ ESPECÍFICA QUAN L'ALTRE/A PROGENITOR/A NO PERTANY AL SISTEMA DE LA SEGURETAT SOCIAL

- Certificat expedit per la unitat de personal del seu centre de treball indicant que fa una activitat laboral enquadrada en el Sistema de Classes Passives.
- Certificat del col·legi professional al que pertanyi, si es tracta d'una activitat professional.
- Només quan l'altre/a progenitor/a és funcionari/a, inclosos en l'àmbit d'aplicació de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic (EBEP): certificat expedit per la unitat de personal del seu centre de treball, indicant si li és d'aplicació l'EBEP, si gaudeix del permís establert a l'article 49.e) de l'esmentada llei, així com la situació administrativa en la que està.
- Si l'altre/a progenitor/a està treballant a l'estranger, cal acreditar per mitjà d'un contracte de treball i nòmina el desenvolupament de la seva activitat laboral.

DOCUMENTACIÓ PER A PERSONES TREBALLADORES DEL RÈGIM GENERAL

- Formulari: Certificat de l'empresa en el que hi consten les bases de cotització per contingències professionals, així com el percentatge de parcialitat en la reducció de jornada.
- Formulari: Declaració de l'empresa sobre la reducció de jornada de la persona treballadora per a la cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu.

NOMÉS EN EL CAS DE PERSONES TREBALLADORES RESPONSABLES DELS INGRESSOS DE QUOTES

- Formulari: Declaració de la persona treballadora, responsable de l'ingrés de quotes sobre la reducció de la seva jornada de treball per a la cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu.
- Justificant de cotització dels dos últims mesos.
- Formulari: Declaració de la situació d'activitat.

NOMÉS EN EL CAS DE PERSONES TREBALLADORES QUE FORMEN PART DEL COL·LECTIU D'ARTISTES I PROFESSIONALS TAURINS.

Documentació relativa a la cotització:

- Per als/a les artistes i professionals taurins: Declaració d'activitats i justificants d'actuacions que no hagin estat presentats a la Tresoreria General de la Seguretat Social.
- Persones treballadores responsables de l'ingrés de les quotes: justificants del pagament dels 2 últims mesos.

ALTRES DOCUMENTS:

En casos d'acolliment / tutela: resolució administrativa o judicial.

MUTUA UNIVERSAL US INFORMA

Us podeu adreçar en qualsevol moment a les nostres oficines. Estem a la vostra disposició per a ajudar-vos, assessorar-vos i informar-vos.

La documentació ha de ser presentada presencialment per la pròpia persona treballadora, representant legal degudament autoritzat o per correu ordinari. Davant qualsevol sol·licitud de prestació econòmica rebuda que no sigui original, la persona interessada haurà d'esmenar l'esmentada situació, ja sigui personant-se en el centre on ha remès la documentació per a procedir a la seva firma o enviant-la per correu.

Si la documentació s'avança per correu electrònic, s'acceptarà i iniciarà el pagament de la prestació econòmica. Si en el termini màxim de 90 dies, no es disposa del document original: sol·licitud de prestació per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia, es bloquejarà el pagament de la prestació econòmica en espera del document original.

D'acord amb l'article 9, punt 3 i 4, del Reial Decret 1148/2011, de 29 de juliol, per a l'aplicació i el desenvolupament o, en el sistema de la Seguretat Social, de la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu, el termini màxim per a resoldre i notificar el reconeixement o denegació del dret al reconeixement és de 30 dies comptats des de la data en la que vostra sol·licitud ha estat registrada a Mutua Universal.

Transcorregut el termini de trenta dies a que fa referència l'apartat anterior, sense que s'hagi dictat i notificat resolució expressa, la sol·licitud s'entendrà desestimada, de conformitat amb l'apartat 2 de la disposició addicional vigesima cinquena del text refós de la Llei General de la Seguretat Social.

IMPORTANT:

Qualsevol variació en les dades d'aquesta sol·licitud, tant en allò referent a la vostra situació laboral com a la de l'altre/a progenitor/a o del/la menor (cessament a la feina, alta hospitalària del/la menor, etc.), mentre estigui vigent la prestació, haurà de ser comunicada al centre de Mutua Universal més proper al vostre domicili.

De conformitat amb allò establert en la normativa vigent en matèria de protecció de dades, Mutua Universal- Mugenat, MCSS núm. 10 (en endavant Mutua Universal), amb NIF G-08242463, us informa que la legitimació del tractament de les vostres dades és la base legal, i que es tractaran amb les següents finalitats:

- Gestió de la prestació per cura de menors

Les vostres dades es guardaran durant el termini mínim de conservació establert per la legislació vigent, així com per a l'atenció de les possibles responsabilitats nascudes del tractament i només durant el termini de prescripció d'aquestes.

A més a més, les dades objecte del tractament podran ser comunicades a organismes públics, entre altres a l'Institut Nacional de la Seguretat Social, a l'Agència Tributària o a la Tresoreria General de la Seguretat Social.

Us informem que podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, oposició i/o portabilitat adreçant-vos al Delegat de Protecció de Dades (DPD) de Mutua Universal per mitjà del correu electrònic a protecciondatos@mutuauniversal.net o bé per correu a la següent adreça: Av. Tibidabo, núm. 17-19, 08022 Barcelona.

Teniu dret a presentar una reclamació davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD), a través de la seva pàgina web: www.aepd.es.