

**ACUERDO ENTRE LOS/LAS PROGENITORES/AS,  
SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL  
CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U  
OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO AMBOS/AS  
PUEDEN SER BENEFICIARIOS/AS**



Sello de entrada de Mutua Universal

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/as / adoptantes / tutores/as del/la menor y teniendo ambos/as 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 \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma

Firma

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_