

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

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación. Puede presentar esta solicitud en su oficina de FREMAP más cercana. Para más información al respecto puede consultar www.FREMAP.es o contactar con la Línea 900 61 00 61.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación

Fecha de Nacimiento:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

En condición de:

PROGENITOR/ACOGEDOR/ADOPTANTE/TUTOR

CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO: Debiéndose cumplir la condición de que la prestación económica solicitada sea prolongación de la ya reconocida previamente, porque el diagnóstico y las necesidades de cuidado se hayan producido y acreditado antes de cumplirse los 18 años por el causante.

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

Trabajador por cuenta propia

Autónomo que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil

Trabajador del SETA

TRADE

Ninguno de los anteriores

Trabajador por cuenta ajena

Fijo

Fijo discontinuo (fin de campaña)

A tiempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empleada del hogar (tipo de contrato)

Interna

Tiempo parcial

Externa

Un hogar familiar

Jornada completa

Varios hogares familiares

Relación con el menor

Progenitor

Tutor

Acogedor preadoptivo/permanente

Adoptante

Otras

¿Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses?

Incapacidad Temporal

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Maternidad /Paternidad

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Riesgo durante el embarazo

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

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

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación

Fecha de Nacimiento:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

Trabajador por cuenta propia

Autónomo que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil

Trabajador del SETA

TRADE

Ninguno de los anteriores

Trabajador por cuenta ajena

Fijo

Fijo discontinuo (fin de campaña)

A tiempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empleada del hogar (tipo de contrato)

Interna

Tiempo parcial

Externa

Un hogar familiar

Jornada completa

Varios hogares familiares

Relación con el menor

Progenitor

Tutor

Acogedor preadoptivo/permanente

Adoptante

Otras

¿Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses?

Incapacidad Temporal

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Maternidad /Paternidad

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Riesgo durante el embarazo

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

3. DATOS DE LOS MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Apellidos y Nombre:

DNI-NIF

Fecha de Nacimiento

Fecha Diagnóstico

Apellidos y Nombre:

DNI-NIF

Fecha de Nacimiento

Fecha Diagnóstico

Apellidos y Nombre:

DNI-NIF

Fecha de Nacimiento

Fecha Diagnóstico

4. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Ingreso hospitalario del menor, desde _____ hasta _____

La jornada laboral antes de la reducción de jornada era:

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

Otro horario: (especifique si realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indicar número de horas) _____ horas a la semana

Fecha de inicio de la jornada reducida _____

La jornada laboral a partir de la reducción de jornada es:

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

Otro horario: (especifique si realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indicar número de horas) _____ horas a la semana

La reducción de la jornada de trabajo respecto de una jornada a tiempo completo (deberá ser al menos de un 50%, e inferior al 100%) es de un _____ %

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

Banco _____ IBAN: _____

Calle y Localidad de la Sucursal: _____

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igual-mente que quedo enterado de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de todos los datos del historial clínico del menor, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos. SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma del trabajador)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder, de acuerdo con la normativa vigente, así como realizar encuestas de calidad que permitan una mejora de la gestión desarrollada (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es. Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y Nombre: Teléfono:
 DNI - NIF: Nº de Afiliación S.S.:
 Relación con el menor
 Progenitor Tutor Acogedor preadoptivo/permanente
 Adoptante Otras

2. DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor

Apellidos y Nombre: N. de colegiado:
 Especialidad/Cargo: Hospital/Centro Sanitario:
 Localidad:

Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud

Entidad sanitaria privada⁽¹⁾:

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Apellidos y Nombre:
 DNI - NIF ⁽²⁾: F. de Nacimiento: Localidad
 Diagnóstico: Código ⁽³⁾:

Ingresos hospitalarios

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:

A. Terapias y cuidados

A.1 Terapias intravenosas y subcutáneas

Antibióterapia	Quimioterapia	Fluidoterapia	Transfusiones
Analgesia	Otros		

A.2 Terapias nutricionales / digestivas

Nutrición enteral diurna	Nutrición enteral nocturna	Nutrición parenteral diurna	Nutrición parenteral diurna
Sonda nasogástrica	Gastrostomía	Yeyunostomía	Ileostomía

Colostomía

A.3 Terapias respiratorias

Traqueostomía	Ventilación mecánica invasiva	Ventilación mecánica no Invasiva diurna	Ventilación mecánica no Invasiva exclusivanocurna
Aspiración de secreciones	Oxigenoterapia	Asistente de la tos	Marcapasos diafragmáticos
Movilización mucociliar chalecos			

A.4 Cuidados quirúrgicos

Cura quirúrgica

Cura completa

Cuidados ostomías

A.5 Terapias urológicas / nefrológicas

Sondaje vesical
intermitente

Cistostomía permanente

Ureterostomía

Hemodiálisis

Diálisis peritoneal

A.6 Monitorización

Neumocardiograma

B. A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:

- a) Inmunosupresión importante
- b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
- c) Epilepsia de difícil control
- d) Otros (Especificar detalladamente)

C. ¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? SI NO

¿Tiene un centro asignado? SI NO

D. ¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? SI NO

4. CERTIFICADO DEL MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ⁽⁴⁾

Apellidos y Nombre:

N. de colegiado:

Especialidad/Cargo:

Hospital/Centro Sanitario:

Localidad:

5. PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor/acogedor/adoptante/tutor

Desde: Hasta:

(1) Indicar nombre de la entidad sanitaria.

(2) Para mayores de 14 años.

(3) Indicar el código que aparece en el listado de enfermedades en el Real Decreto 1148/2011.

(4) Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma y sello)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

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

Advertencia: De acuerdo con lo establecido en los artículos 135 quáter, de la Ley General de la Seguridad Social y 49 e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público esta prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, no podrá concederse si el progenitor solicitante fuera Funcionario Público, ni es compatible con la percepción, por parte del otro progenitor, del permiso retribuido que el artículo 49.e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público establece para estos mismos supuestos, a favor de los Funcionarios Públicos.

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

Nº de Afiliación S.S.:

y

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

Nº de Afiliación S.S.:

como progenitores/adoptantes/tutores del menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación

ACUERDAN

que sea D. / Dña.:

quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por el cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará con fecha

En

, a

de

de

Firma

Firma

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder, de acuerdo con la normativa vigente, así como realizar encuestas de calidad que permitan una mejora de la gestión desarrollada (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: derechos_arco@fremap.es. Puede acceder a información adicional sobre el tratamiento de sus datos en www.fremap.es.

Igualmente se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

Nº de Afiliación S.S.:

Domicilio:

declara bajo su responsabilidad que:

1. ¿Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza? Si No

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en:

Teléfono:

Que como trabajador autónomo la actividad económica, oficio o profesión que realiza es la de

2. ¿Es un trabajador/a autónomo/a económicamente dependiente (TRADE)? Si No
(art. 11 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.)

Si contestó que **SI**, especifique los datos de su **CLIENTE PRINCIPAL**:

Razón Social: NIF

Dirección: Teléfono:

3. Que para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo desde el día de de , tal y como se ha detallado en la segunda página de esta solicitud.

4. Que con anterioridad a la reducción de jornada, el negocio se gestionaba:

Con los siguientes medios humanos (nº de empleados, socios, etc.):

El horario del negocio era a ; durante los siguientes días de la semana de a

5. Que durante la reducción de jornada por cuidado de hijo con cáncer u otra enfermedad grave, el negocio queda en la siguiente situación:

Cierre del establecimiento, inactividad parcial, persona a cargo del negocio (indicar lo que en su caso proceda):

Con los siguientes medios humanos (nº de empleados, socios, etc.):

El horario del negocio era a ; durante los siguientes días de la semana de a

En , a de de

Firma

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas, o cumplimente directamente este formulario a través de www.FREMAP.es.

Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda. La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Fotocopia (por ambas caras) del DNI del solicitante, del otro progenitor y del menor, si es mayor de 14 años.
2. Documentación relativa a la cotización:
 - a. Para los Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - b. Trabajadores responsables del ingreso de las cuotas. Justificantes del pago de los últimos tres recibos.
3. Documentación relativa a la relación con el causante:
 - a. Para Progenitor\Acogedor\Adoptante\Tutor: Libro de familia, o en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial/administrativa de la adopción, acogimiento o designación como tutor.
 - b. Para Cónyuge o Pareja de Hecho: Certificado de Matrimonio o, en caso de Pareja de Hecho, certificado del Registro de Pareja de Hecho o copia de la escritura notarial de su constitución.
4. En el supuesto de no convivencia de los progenitores/adoptantes/acogedores/tutores, y en ausencia de acuerdo sobre el que debe percibir la prestación, documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor.
5. En el caso de familias monoparentales: Libro de familia en el que conste un solo progenitor/adoptante/acogedor/tutor o, en el caso de que consten dos progenitor/adoptante/acogedor/tutor, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono familiar de uno de ellos.
6. Si el otro progenitor/adoptante/acogedor/tutor (según corresponda en cada caso):
 - a. Pertenece al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos o Cuenta Propia: deberá aportar un Certificado de la Entidad de Cobertura correspondiente, que confirme que no es beneficiario de la prestación por cuidado de menores afectados de cáncer u otra enfermedad grave.
 - b. Es Funcionario Público; debe aportar Certificado de la Administración de la que dependa, en el que quede constancia que no es perceptor de permiso retribuido por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, conforme al artículo 49.e) de la Ley 7/2007 de 12 de Abril del Estatuto Básico del Empleado Público.
 - c. Es Profesional ajeno al Sistema de la Seguridad Social: debe aportar Certificado de pertenencia a la Mutualidad de Colegio Profesional al que pertenezca.
7. Si el solicitante progenitor/adoptante/acogedor/tutor:
 - a. Es trabajador por cuenta ajena del Régimen General de la Seguridad Social, deberá aportar copia del contrato de trabajo vigente.
 - b. Es TRADE, deberá aportar copia del contrato mercantil con su cliente principal, debidamente sellado en el Servicio Público de Empleo.
 - c. Es empleado del hogar, deberá aportar fotocopia del contrato de trabajo.
8. Certificado de cotizaciones suscrito por la empresa o el empleador, en el formulario facilitado por la empresa o por FREMAP.
9. Están exentas en todo el territorio nacional las rentas por prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, conforme a lo que establece el artículo 7.z) de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF y, en la Comunidad Foral de Navarra, mediante la modificación introducida por la Ley Foral 25/2016, de 28 de diciembre, con efectos del 1 de enero de 2017, del artículo 7.k), cuarto párrafo del Texto Refundido de la Ley Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.