

# PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS/AS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

## 1.- DATOS PERSONALES SOLICITANTE

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
Código postal	Localidad	Provincia		Piso	Puerta	
Correo electrónico						
Régimen		Pluriempleo <input type="checkbox"/>		Pluriactividad <input type="checkbox"/>		
Relación con el/la menor: <input type="checkbox"/> Progenitor/a <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/Acogedora preadoptiva permanente <input type="checkbox"/> Tutor/a						
<b>1.1 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR</b>						
Es familia monoparental(*)    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

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

## 2.- DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO/DE LA OTRA 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Teléfono fijo Teléfono móvil		Correo electrónico				
Pertenece en razón de su actividad al: <input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social: Empresa: ..... Código Cuenta Cotización: ..... <input type="checkbox"/> Régimen Especial de ..... <input type="checkbox"/> Otros .....						

## 3.- DATOS MENOR/MENORES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
Fecha de nacimiento		DNI-NIE-Pasaporte		¿Está escolarizado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Curso		Centro		Tipo de centro		

De existir otro/a menor afectado/a por cáncer u otra enfermedad grave cumplimente los campos siguientes:

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
Fecha de nacimiento		DNI-NIE-Pasaporte		¿Está escolarizado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Curso		Centro		Tipo de centro		

#### 4.- MOTIVO DE LA SOLICITUD

<b>INGRESO HOSPITALARIO MENOR</b>
Fecha de ingreso hospitalario y tratamiento continuado del/de la menor .....
¿Ha reducido la jornada laboral? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de la jornada reducida .....
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%) .....
Horario antes de la reducción de jornada: .....
Horario después de la reducción de jornada: .....

#### 5.- DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (solo si es distinto del indicado en el apartado 1)

Domicilio habitual (calle o plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal	Localidad			
Provincia	País	Apartado de correos			

#### 6.- DATOS DE LA ASESORÍA

Nombre de la asesoría	CIF de la asesoría	N.º RED
Persona de contacto	Correo electrónico	
Dirección	Teléfono	

Para el caso de haberse consignado en la solicitud persona o entidad autorizada para el uso del sistema RED (gestor, asesor, etc.) el/la solicitante presta su consentimiento para la cesión de los datos consignados y demás que se obtengan en la tramitación del expediente a dicha persona o entidad autorizada RED:

Firma consentimiento:

--

#### 7.- DATOS BANCARIOS

Nombre de la entidad financiera	Domicilio	Número
Código postal	Localidad	Provincia
<input type="checkbox"/> En cuenta/libreta	<input type="checkbox"/> Restringida	IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria, 24 dígitos)
<input type="checkbox"/> Ordinaria		BIC (Código Internacional de Entidad Bancaria, 11 dígitos)

El beneficiario/la beneficiaria efectúa declaración responsable expresa de ser titular de la cuenta bancaria indicada en el anterior apartado, en la que pide le sea pagada la prestación económica solicitada:

Firma:

--

## 8.- ALEGACIONES

Con la finalidad de agilizar la tramitación del pago de su prestación, confirme su SOLICITUD de recibir toda comunicación y/o notificación relacionada con la gestión de su expediente, a la dirección de correo electrónico indicado en el formulario de su solicitud.

Solicito que todas las comunicaciones y/o notificaciones relacionadas con mi expediente se realicen telemáticamente, mediante el uso del correo electrónico indicado.

Su opinión nos importa mucho y nos ayudará a mejorar. Marcando esta casilla contactaremos por teléfono, móvil o correo electrónico, con la finalidad de recabar su opinión sobre la gestión y trámites relacionados con la prestación económica solicitada a Unión de Mutuas.

El/la solicitante declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos que consigna en la presente solicitud, manifestando que queda enterado/enterada de la obligación de comunicar a Unión de Mutuas cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

....., a ..... de ..... de .....

Firma solicitante:

F038-01-001-E5/12  
De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es Unión de Mutuas, MCSS n.º 267. La finalidad del tratamiento de sus datos será la de gestionar la asistencia sanitaria y prestación económica, así como realizar cualquier trámite necesario dentro del marco de las atribuciones legalmente encomendadas a esta entidad como mutua colaboradora con la Seguridad Social. No se cederán datos a ningún tercero para ninguna finalidad salvo obligación legal como mutua colaboradora con la Seguridad Social. Unión de Mutuas garantiza el secreto profesional de quienes intervienen en el tratamiento de sus datos, así como el respeto a la intimidad personal y familiar de los interesados, entendida como un derecho fundamental de los mismos. Le informamos de que tiene usted derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar u oponerse al tratamiento de sus datos así como a la portabilidad de los mismos en los términos legalmente establecidos, mediante escrito dirigido a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS N.º 267, presentándolo en cualquiera de sus delegaciones. A través del siguiente enlace web <https://www.uniondemutuas.es/politicaprotecciondatospersonales/> le proporcionamos información adicional sobre el tratamiento de sus datos de carácter personal.