

# DECLARACIÓN TRABAJADOR/A RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS SOBRE REDUCCIÓN DE SU JORNADA DE TRABAJO PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS/AS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D./D.ª .....  
con DNI-NIE - pasaporte ..... número de la Seguridad Social ..... y  
domicilio en .....

## DECLARA

Que su actividad económica, oficio o profesión es ..... con  
domicilio en .....  
que en razón de la misma se encuentra incluido/a en el Régimen Especial de .....  
Y que, para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo o la menor enferma y a su cargo, ha reducido su  
jornada de trabajo en un<sup>(1)</sup> ..... %, con efectos desde fecha .....

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

<sup>(1)</sup> La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, al menos, de un 50%.