Esborrar dades | Imprimir

UNIÓN DE MUTUAS
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social N.º 267

PRESTACIÓ ECONÒMICA PER A LA CURA DE MENORS AFECTATS/DES PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

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

Primer cognom	Segon 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		
Correu electrònic					
Règim	Pluriocupació ☐ Pluriactivitat ☐				
Relació amb el/la menor ☐ Progenitor/a ☐ Acollidor preadoptiu/Acollidora preadoptiva permanent ☐ Tutor/a					
1.1 DADES DE LA UNITAT FAMILIAR És família monoparental (*) Sí ☐ No ☐					

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

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

Primer cognom	Segon cognom	Nom
DNI-NIE-Passaport	Número de la Seguretat Social	Treballa per compte d'altri o propi? Sí ☐ No ☐
Telèfon fix Telèfon mòbill	Correu electrònic	
Pertanyeu en raó de la vostra activitat al:	☐ Règim general de la Seguretat Social: Empresa: ..... Codi Compte Cotització: ..... ☐ Règim especial de ..... ☐ Altres	

3.- DADES DEL/DE LA MENOR/S

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport	Està escolaritzat/da? Sí ☐ No ☐
Curs	Centre	Tipus de centre

D'existir un altre/a menor afectat/da per càncer o una altra malaltia greu emplene els camps següents:

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport	Està escolaritzat/da? Sí ☐ No ☐
Curs	Centre	Tipus de centre

F038-01-001-VA/012

4.- MOTIU DE LA SOL·LICITUD

INGRÉS HOSPITALARI DEL/DE LA MENOR

Data d'ingrés hospitalari i tractament continuat del/de la menor .....

Heu reduït la jornada laboral? Sí ☐ No ☐ Data d'inici de la jornada reduïda .....

Percentatge de reducció (almenys d'un 50%) .....

Horari abans de la reducció de jornada: .....

Horari després de la reducció de jornada: .....

5.- DOMICILI DE COMUNICACIONS A EFECTES LEGALS (només si és diferent de l'indicat en l'apartat 1)

Domicili habitual (carrer o plaça)			Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Telèfon de contacte	Codi postal	Localitat					
Província		País		Apartat de correus			

6.- DADES DE L'ASSESSORIA

Nom de l'assessoria		CIF de l'assessoria	N. RED
Persona de contacte	Correu electrònic		
Adreça		Telèfon	

Per al cas que hàgeu consignat en la sol·licitud persona o entitat autoritzada per a l'ús del Sistema RED (gestor, assessor, etc.), el/la sol·licitant presta el seu consentiment per a la cessió de les dades consignades i altres que s'obtinguen en la tramitació de l'expedient a eixa persona o entitat autoritzada RED:

Signatura consentiment:

7.- DADES BANCÀRIES

Nom de l'entitat financera		Domicili	Número
Codi postal	Localitat	Província	
☐ En compte/llibreta ☐ Restringida ☐ Ordinària		IBAN (Codi Internacional de Compte Bancari, 24 dígits)	
		BIC (Codi Internacional d'Entitat Bancària, 11 dígits)	

El beneficiari /la beneficiaria efectua Declaració Responsable Expressa, de ser titular del compte bancari indicat en l'anterior apartat, en la qual demana que li siga pagada la prestació econòmica sol·licitada:

Signatura:

F038-01-001-VA/012

8.- AL·LEGACIONS

Amb la finalitat d'agilitar la tramitació del pagament de la vostra prestació, confirmeu la vostra SOL·LICITUD de rebre tota comunicació i/o notificació relacionada amb la gestió del vostre expedient a l'adreça de correu electrònic indicada en el formulari de la vostra sol·licitud.

☐ Sol·licite que totes les comunicacions i/o notificacions relacionades amb el meu expedient, es realitzen telemàticament, mitjançant l'ús del correu electrònic indicat.

☐ La vostra opinió ens importa molt i ens ajudarà a millorar. Marcant aquesta casella us contactarem per telèfon, mòbil o correu electrònic, amb la finalitat de recaptar la vostra opinió sobre la gestió i tràmits relacionats amb la prestació econòmica sol·licitada a Unión de Mutuas.

El/la sol·licitant declara, sota la seua responsabilitat, que són certes les dades que consigna en aquesta sol·licitud, manifestant que queda assabentat/da de l'obligació de comunicar a Unión de Mutuas qualsevol variació d'aquestes que pugua produir-se.

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

Signatura sol·licitant:

F038-01-001-VA/012

D'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades 2016/679 i Llei orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals, l'informem que el responsable del tractament de les seues dades és Unión de Mutuas, MCSS n. 267. La finalitat del tractament de les seues dades serà la de gestionar l'assistència sanitària i prestació econòmica, així com realitzar qualsevol tràmit necessari dins del marc de les atribucions legalment encomanades a aquesta entitat com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. No se cediran dades a tercers per a cap finalitat llevat l'obligació legal com a mútua col·laboradora amb la Seguretat Social. Unión de Mutuas garanteix el secret professional dels que intervenen en el tractament de les seues dades, així com el respecte a la intimitat personal i familiar dels interessats, entesa com un dret fonamental d'aquests. L'informem que vostè té dret a accedir, rectificar, suprimir, limitar o oposar-se al tractament de les seues dades així com a la portabilitat d'aquestes en els termes legalment establits, mitjançant escrit dirigit a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS n. 267, presentant-lo en qualsevol de les seues delegacions. A través del següent enllaç web https://www.uniondemutuas.es/politicaprotecciodadespersonals/ li proporcionem informació addicional sobre el tractament de les seues dades de caràcter personal.