

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						
Relació amb el/la menor <input type="checkbox"/> Progenitor/a <input type="checkbox"/> Acolridor(a) preadoptiu(va)/permanent <input type="checkbox"/> Tutor/a						
1.1 DADES DE LA UNITAT FAMILIAR						
És família monoparental (*) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

(*) 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/ADOPTANT/ACOLLIDOR

Primer cognom		Segon cognom		Nom		
DNI-NIE-Passaport		Número de la Seguretat Social		Treballa per compte d'altri o propi? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Telèfon fix Telèfon mòbil		Correu electrònic				
Pertanyeu en raó de la vostra activitat al: <input type="checkbox"/> Règim general de la Seguretat Social <input type="checkbox"/> Règim especial de <input type="checkbox"/> Altres						

3.- DADES DEL/DE LA MENOR/S

Cognoms i nom		DNI-NIE-Passaport	Data de naixement
Cognoms i nom		DNI-NIE-Passaport	Data de naixement

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data d'inici de la jornada reduïda
Percentatge de reducció (almenys d'un 50%)

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 d'haver-se 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 eixe autoritzat RED:

Signatura consentiment:

--

7.- DADES BANCÀRIES

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

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

Signatura:

--

8.- AL·LEGACIONS

--

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

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

....., a de de

Signatura sol·licitant:

--