

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	Escales
Codi postal	Localitat	Província		Pis	Porta	
Correu electrònic						
Règim		Pluriocupació		<input type="checkbox"/>		
		Pluriactivitat		<input type="checkbox"/>		
Relació amb el/la menor						
<input type="checkbox"/> Progenitor/a		<input type="checkbox"/> Acollidor preadoptiu/Acollidora preadoptiva 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-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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Telèfon fix		Correu electrònic				
Telèfon mòbil						
Pertanyeu en raó de la vostra activitat al:						
<input type="checkbox"/> Règim general de la Seguretat Social: Empresa: Codi Compte Cotització: <input type="checkbox"/> Règim especial de <input type="checkbox"/> Altres						

3.- DADES DEL/DE LA MENOR/S

Primer cognom		Segon cognom		Nom		
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport		Està escolaritzat/da? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Curs	Centre		Tipus de centre			

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

Primer cognom		Segon cognom		Nom		
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport		Està escolaritzat/da? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Curs	Centre		Tipus de centre			

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 hàgiu 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'obtinguin 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	
<input type="checkbox"/> En compte/llibreta		IBAN (Codi Internacional de Compte Bancari, 24 dígit)		
<input type="checkbox"/> Restringida				
<input type="checkbox"/> Ordinària		BIC (Codi Internacional d'Entitat Bancària, 11 dígit)		

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

Signatura:

--

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·licito que totes les comunicacions i/o notificacions relacionades amb el meu expedient, es realitzin 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 Unió de Mútues.

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

....., a de de

Signatura sol·licitant: