

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO A LA LACTANCIA NATURAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

MUY IMPORTANTE: LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE SOLICITA NO PODRÁ RECONOCERSE SI PREVIAMENTE NO LE HA SIDO EXTENDIDO POR FREMAP EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE SE ESTABLEZCA LA EXISTENCIA DEL RIESGO PARA EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-TIE
-----------------	------------------	--------	-------------

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Fecha de suspensión del contrato..... Fecha de cese de la actividad (cuenta propia).....

Fecha probable del parto.....

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Fecha de suspensión del contrato..... Fecha de cese de la actividad (cuenta propia).....

Fecha nacimiento del hijo.....

En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible

.....

.....

.....

.....

3. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF %

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general, Número de hijos..... Tabla de pensiones Tipo voluntario.....%

Apellidos y nombre:

DNI-NIE-TIE

4. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

	ENTIDAD FINANCIERA	Núm. AGENCIA O SUCURSAL	DOMICILIO		Núm.
CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD				
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS		
Número Código Cuenta Cliente (CCC)					
ENTIDAD		OFICINA / SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA	

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a de de 20.....

Firma de la solicitante.

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

Espacio reservado para la etiqueta identificativa.

Si no dispone de etiquetas, cumplimente los datos identificativos que figuran a la derecha de este recuadro:
NIF, primer apellido, segundo apellido y nombre.

Importante: los perceptores que accedan a su primer puesto de trabajo deberán adherir obligatoriamente la etiqueta identificativa.

En tal caso, si no dispone de etiquetas, póngase en contacto con su Delegación o Administración de la Agencia Tributaria, donde le serán facilitadas.

NIF

Primer apellido

2.º apellido

Nombre

Año de nacimiento (consígnese en todo caso)

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento 1
 - Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas 2
 - NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)
 - Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) 3
- (Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Prolongación de la actividad laboral: Si, una vez cumplidos los 65 años de edad, continúa o prolonga Vd. la actividad laboral, marque con una "X" esta casilla

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cómputo por entero de hijos o descendientes

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)

Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Convivencia con otros descendientes

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Importante: para que los importes consignados en este apartado puedan ser tenidos en cuenta a efectos de determinar el tipo de retención, deberá acompañar a esta comunicación testimonio literal, total o parcial, de la resolución judicial determinante de las pensiones compensatorias y/o anualidades por alimentos de que se trate.

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo, incluidas las procedentes de todos sus pagadores, son inferiores a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: _____

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D / D.ª _____

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

DECLARACIÓN DE LA EMPRESA O DE LA TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

(EN EL CASO DE LAS TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA, ES PRECEPTIVO ACOMPAÑAR CON ESTE DOCUMENTO EL INFORME DEL SERVICIO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA EMPRESA AL QUE SE REFIERE EL APARTADO 3)

D/D^a
 con DNI-NIE-TIE en calidad de
 del organismo o empresa con núm de código de cuenta de
 cotización y domicilio
 núm Localidad C. Postal Provincia
 Teléfono Correo Electrónico

DECLARA que:

- D^a socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta empresa
 con núm. de la Seguridad Social/..... y DNI-NIE-TIE
- Como trabajadora por cuenta propia o autónoma del RETA

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado⁽¹⁾

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes:

3.- En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa (no aplicable a las trabajadoras autónomas)

4.- Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo o el cese en la actividad de la trabajadora autónoma con fecha:.....

..... a de de 20

(firma y sello de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia)

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.

NOTA: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Sólo para las Solicitudes de las Trabajadoras Autónomas,
salvo las incluidas en el SETA y las TRADE)

D./Dña., con Número de afiliación a la Seguridad Social.....con D.N.I., y con domicilio en....., **declara bajo su responsabilidad** que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza SI
 NO (*)

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en, Tfno.: que la actividad económica, oficio o profesión es la de....., y que durante la situación de suspensión de la actividad queda en la siguiente situación:

1.- Gestionado por:

A.- Familiar:

D./Dña.
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social
Núm. Documento Nacional de Identidad.....
Código cuenta cotización de la empresa
Parentesco.....

B.- Empleado del establecimiento:

D./Dña.
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social
Núm. Documento Nacional de Identidad.....
Código cuenta cotización de la empresa

C.- Gestionado por otra persona:

D./Dña.
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social
Núm. Documento Nacional de Identidad.....
Código cuenta cotización de la empresa

2.- Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de suspensión de la actividad del titular del establecimiento.

3.- O por el contrario, **declara** que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de que tiene su domicilio en, Tfno.:

En....., a de de

Firma,

FREMAP INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP acuerde el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de FREMAP, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).

(*) Si se marca la casilla NO deberá cumplimentar el punto 3.

NOTA: Marque con una "X" lo que proceda.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

- 1.- Declaración de la empresa o de la trabajadora autónoma sobre la inexistencia de puestos de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora. Si la trabajadora por cuenta propia presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, la declaración deberá ser cumplimentada por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente.
- 2.- Comunicación de datos al pagador a efectos de la retención de IRPF.
- 3.- En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - 4.1 - Informe del Servicio de Vigilancia de la Salud de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora.
 - 4.2 - Certificado de cotizaciones de la empresa.
- 4.- En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
 - 5.1 - Declaración de situación de la actividad (no aplicable a las trabajadoras del SETA y a las TRADE).
 - 5.2 - Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico.

FREMAP INFORMA

La trabajadora estará obligada a comunicar a FREMAP cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de FREMAP, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).