



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

(Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación)

Antes de empezar a escribir lea detenidamente todos los apartados
Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación

1.- DATOS PERSONALES

| | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------|
| Nº Afiliación Seguridad Social: | | | |
| Apellido 1º | Apellido 2º | Nombre | N.I.F. |
| Teléfono | Domicilio | | |
| Código Postal | Localidad | Provincia | |
| Fecha nacimiento | Nombre Padre | Nombre Madre | Sexo Hombre ' Mujer ' |

2.- PRESTACIÓN SOLICITADA (Señale con una cruz lo que proceda)

| | |
|---|---|
| INCAPACIDAD TEMPORAL | Fecha de la Baja/...../..... |
| Derivada de: | |
| Enfermedad Común ' ' | |
| Accidente de Trabajo ' ' | |
| Enfermedad Profesional ' ' | |
| Accidente no Laboral ' ' | |
| ¿Ha tenido algún proceso de I.T. durante los 6 meses anteriores al actual? | SI ' NO ' |
| En caso afirmativo, especifique: | |
| EMPRESAS | FECHA BAJA FECHA ALTA |

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- 1.- **Fotocopia del D.N.I.**
- 2.- **Fotocopia de la Tarjeta N.I.F.**
- 3.- **Fotocopia del Parte de Baja de I.T.**
- 4.- **Parte de Confirmación siguiente al último que entregó en la Empresa, o Parte de Alta en su caso**
- 5.- **Certificado de la Empresa relativo del Trabajador**
- 6.- **Fotocopia del Contrato de Trabajo**
- 7.- **A2/2 firmados**
(este impreso se facilitará en la UPAM)
- 8.- **Certificado de Vida Laboral**
(expedido por Agencia de la Tesorería de la Seguridad Social)

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- 1.- **Fotocopia del D.N.I.**
- 2.- **Fotocopia de la Tarjeta N.I.F.**
- 3.- **Fotocopia del Parte de Baja de I.T.**
- 4.- **Parte de Confirmación siguiente al último que entregó en la Empresa, o Parte de Alta en su caso**
- 5.- **Certificado de la Empresa relativo del Trabajador**
- 6.- **Fotocopia del Contrato de Trabajo**
- 7.- **A2/2 firmados**
(este impreso se facilitará en la UPAM)
- 8.- **Certificado de Vida Laboral**
(expedido por Agencia de la Tesorería de la Seguridad Social)

3.- DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------------|
| Razón Social | | Tipo de Contrato | Nº Inscripción S. Social |
| Domicilio (Calle o Plaza y Número) | Cód. Postal | Localidad | Provincia |

4.- DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN

| | | | | |
|------------------------------------|---------------|-------------|-----------|------------------|
| Nombre Entidad Financiera | Clave Entidad | Nº Sucursal | D. C. | Nº Libreta o C/C |
| Domicilio (Calle o Plaza y Número) | Cód. Postal | Localidad | Provincia | |

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la Unidad de Prestaciones Asistenciales y de Prevención de Riesgos Laborales, cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se de curso a mi petición de prestación de Incapacidad Temporal por extinción de la relación laboral, adoptado para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

Madrid, a, de de 2.00...

Firma del Solicitante

NOTA: En caso de duda puede dirigirse al teléfono 91 580 53 44 y preguntar por el área responsable de pagos

DILIGENCIA: Para hacer constar que con esta solicitud se han exhibido y acompañado todos los documentos inicialmente necesarios.

(Firma del funcionario)

En, a...../...../.....

UNIDAD DE PRESTACIONES ASISTENCIALES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Área de Contabilidad - Teléfono: 91 580 53 44

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN POR IT.

SOLICITANTE:

Apellidos y nombre

D.N.I.

Fecha de recepción

Esta solicitud ha tenido entrada en ésta Dependencia acompañada de todos los documentos inicialmente necesarios para su tramitación

EL FUNCIONARIO

(Firma y sello)

NOTA: En caso de pasar a situación de propuesta de invalidez, debe presentar un justificante de su tramitación en la oficina del INSS en el plazo de 7 días.

DILIGENCIA: Para hacer constar que ésta solicitud se recibe SIN exhibirse ni acompañarse todos los documentos inicialmente necesarios para su tramitación, por lo que se procede a requerir al interesado en el mismo acto de la presentación/por correo con fecha la documentación señalada al dorso con una X.

(Firma del funcionario)

En, a...../...../.....

UNIDAD DE PRESTACIONES ASISTENCIALES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Área de Contabilidad - Teléfono: 91 580 53 44

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN POR IT.

SOLICITANTE:

Apellidos y nombre

D.N.I.

Fecha de recepción

Esta solicitud ha tenido entrada en ésta dependencia sin exhibirse ni acompañarse todos los documentos inicialmente necesarios para su tramitación. Al objeto de resolver la prestación solicitada por Vd. Le rogamos presente en esta Entidad personalmente o por correo, en el plazo de 10 días (contados desde esta fecha) los documentos señalados al dorso con una X. Transcurrido el plazo indicado sin que se hayan recibido se procederá al archivo de su solicitud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 30/92 de 26 de noviembre. de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

EL FUNCIONARIO

(Firma y sello)