

## PETICIÓN DA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

*O feito de cubrir de forma defectuosa ou incorrecta este impreso ou a falta de achega dos documentos que se indican poderá esixir a súa emenda e, mentres esta non se producir, demorará a tramitación da petición. Antes de comezar a escribir, lea detidamente todos os puntos, así como as instrucións para cubri-la correctamente. Pode presentar esta petición na súa oficina da FREMAP máis próxima. Para máis información ao respecto pode consultar [www.fremap.es](http://www.fremap.es) ou contactar coa liña 900 61 00 61*

### 1. DATOS PERSOAIS DO SOLICITANTE

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

NAF:

Data de nacemento:

Núm. de teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidade:

Código Postal:

#### Traballador de alta na Seguridade Social (riscar todos os recadros que procederen)

Traballador por conta propia

Autónomo que presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil

Traballador do SETA

TRADE

Ningún dos anteriores

Traballador por conta allea

Fixo

Fixo discontinuo (fin de campaña)

A tempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empregada do fogar (tipo de contrato)

Interna

Tempo parcial

Externa

Un fogar familiar

Xornada completa

Varios fogares familiares

Relación co menor

Proxenitor

Titor

Acolledor preadoptivo/permanente

Adoptante

Outras

Permaneceu nalgunha destas situacións nos últimos 6 meses

Incapacidade temporal

Data de inicio

Data de fin

Maternidade/Paternidade

Data de inicio

Data de fin

Risco durante o embarazo

Data de inicio

Data de fin

## 2. DATOS IDENTIFICATIVOS DO OUTRO PROXENITOR/ACOLLEDOR/ADOPTANTE/TITOR

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación:

Data de nacemento:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidade:

Código Postal:

### Traballador de alta na Seguridade Social (riscar todos os recadros que procederen)

Traballador por conta propia

Autónomo que presta os seus servizos nunha sociedade cooperativa ou sociedade laboral ou mercantil

Traballador do SETA

TRADE

Ningún dos anteriores

Traballador por conta allea

Fixo

Fixo discontinuo (fin de campaña)

A tempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empregada do fogar (tipo de contrato)

Interna

Tempo parcial

Externa

Un fogar familiar

Xornada completa

Varios fogares familiares

Relación co menor

Proxenitor

Titor

Acolledor preadoptivo/permanente

Adoptante

Outras

Permaneceu nalguna destas situacións nos últimos 6 meses

Incapacidade temporal

Data de inicio

Data de fin

Maternidade/Paternidade

Data de inicio

Data de fin

Risco durante o embarazo

Data de inicio

Data de fin

## 3. DATOS DOS MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Data de nacemento:

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Data de nacemento:

Apelidos e nome:

D.N.I. / N.I.F.:

Data de nacemento:

#### 4. MOTIVOS DA PETICIÓN

Ingreso hospitalario do menor, desde \_\_\_\_\_ ata \_\_\_\_\_

A xornada laboral antes da redución de xornada era:

De: (día da semana) \_\_\_\_\_ A: (día da semana) \_\_\_\_\_ Desde as \_\_\_\_\_ h. ata as \_\_\_\_\_ h.

De: (día da semana) \_\_\_\_\_ A: (día da semana) \_\_\_\_\_ Desde as \_\_\_\_\_ h. ata as \_\_\_\_\_ h.

Outro horario: (especifique se realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indique número de horas) \_\_\_\_\_ horas á semana

Data de inicio da xornada reducida \_\_\_\_\_

A xornada laboral a partir da redución de xornada era:

De: (día da semana) \_\_\_\_\_ A: (día da semana) \_\_\_\_\_ Desde as \_\_\_\_\_ h. ata as \_\_\_\_\_ h.

De: (día da semana) \_\_\_\_\_ A: (día da semana) \_\_\_\_\_ Desde as \_\_\_\_\_ h. ata as \_\_\_\_\_ h.

Outro horario: (especifique se realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indique número de horas) \_\_\_\_\_ horas á semana

A redución da xornada de traballo respecto dunha xornada a tempo completo (deberá ser polo menos dun 50%, e inferior ó 100%) é dun \_\_\_\_\_ %

#### 5. DATOS BANCARIOS PARA O COBRO DA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Entidade: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Rúa e localidade da sucursal: \_\_\_\_\_

**DECLARO**, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente petición, manifestando, igual-mente que estou informado da obriga de comunicar á FREMAP calquera variación dos datos nela expresados que se puidese producir a partir de agora, e **MANIFIESTO**, o meu consentimento para a achega, consulta ou obtención de copia de todos os datos do historial clínico do menor, custodiado polos servizos públicos de saúde ou centros concertados, así como para que os meus datos de identifi-cación persoal e residencia poidan ser consultados con garantía de confidencialidade, no caso de acceso informatizado aos referidos datos.

**SOLICITO**, mediante a sinatura do presente impreso que me sexa recoñecida a prestación económica por coidado de menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Asinado)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder, de acordo coa normativa vixente, así como realizar enquisas de calidade que permitan unha mellora da xestión desenvolvida (artigo 6.1 c) do citado Regulamento). Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.

Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: [derechos\\_arco@fremap.es](mailto:derechos_arco@fremap.es). Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en [www.fremap.es](http://www.fremap.es). Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

## DECLARACIÓN MÉDICA PARA O CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

### 1. DATOS DO SOLICITANTE DA PRESTACIÓN

Apelidos e nome: Teléfono:  
 D.N.I. / N.I.F.: e NAF:  
 Relación co menor  
     Proxenitor Titor Acolledor preadoptivo/permanente  
     Adoptante Outras

### 2. DATOS DO MÉDICO responsable da asistencia sanitaria do paciente menor

Apelidos e nome: N. de colexiado:  
 Especialidade/Cargo: Hospital/Centro Sanitario:  
 Localidade:  
 Servizo Público de Saúde ou entidade sanitaria concertada co Servizo Público de Saúde  
 Entidade sanitaria privada<sup>(1)</sup>:

### 3. DATOS DO PACIENTE MENOR

Apelidos e nome:  
 D.N.I. / N.I.F.: Data de nacemento: Localidade:  
 Diagnóstico: Código<sup>(3)</sup>:  
 Ingresos hospitalarios  
 Desde: Ata: Hospital / Centro Sanitario:  
 Desde: Ata: Hospital / Centro Sanitario:  
 Desde: Ata: Hospital / Centro Sanitario:

### Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:

#### A. Terapias y cuidados

##### A.1 Terapias intravenosas e subcutáneas

Antibióterapia	Quimioterapia	Fluidoterapia	Transfusións
Analxesia	Outros		

##### A.2 Terapias nutricionais / dixestivas

Nutrición enteral diurna	Nutrición enteral nocturna	Nutrición parenteral diurna	Nutrición parenteral nocturna
Sonda nasogástrica	Gastrostomía	Xexunostomía	Ileostomía
Colostomía			

##### A.3 Terapias respiratorias

Traqueostomía	Ventilación mecánica invasiva	Ventilación mecánica non Invasiva diurna	Ventilación mecánica non Invasiva exclusiva nocturna
Aspiración de segregacións	Osixenoterapia	Asistente da tose	Marcapasos diafragmáticos
Mobilización mucociliar chalecos			

#### A.4 Coidados cirúrxicos

Cura cirúrxica

Cura completa

Coidados ostomías

#### A.5 Terapias urolóxicas / nefrolóxicas

Sondaxe vesical  
intermitente

Cistostomía permanente

Ureterostomía

Hemodiálise

Diálise peritoneal

#### A.6 Monitorización

Neumocardiograma

### B. A pesar de non presentar os requirimentos previos, considérase que o menor require de coidados específicos polas seguintes razóns:

- a) Inmunosupresión importante
- b) Coidados paliativos en calquera paciente en fase terminal da súa enfermidade
- c) Epilepsia de difícil control
- d) Outros (especificar en detalle)

### C. Dadas as súas condicións o paciente pode acudir a un centro educativo ou a un centro terapéutico especializado nos seus coidados durante o día? SI NON

Ten un centro asignado? SI NON

### D. No momento actual encóntrase en situación basal? SI NON

En caso de contestar “NON”, a súa situación actual implica un aumento dos seus coidados ou de necesidade de vixilancia e / ou monitorización? SI NON

## 4. CERTIFICADO DO MÉDICO DO SERVIZO PÚBLICO DE SAÚDE

Apelidos e nome:

Núm. de colexiado:

Especialidade/Cargo:

Hospital/Centro Sanitario:

Localidade:

## 5. PERÍODO ESTIMADO DE DURACIÓN da necesidade de coidado directo, continuo e permanente por parte do proxenitor/acolledor/adoptante/titor

Desde:

Ata:

(1) Indique nome da entidade sanitaria.

(2) Para maiores de 14 anos.

(3) Indique o código que aparece na listaxe de enfermidades no Real decreto 1148/2011.

(4) Cúbrase unicamente se o médico responsable da asistencia sanitaria do menor pertence a unha entidade sanitaria privada.

, de de

(Sinatura e selo)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

## ACORDO ENTRE OS PROXENITORES, SOBRE O GOZO DA PRESTACIÓN PARA O COIDADADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE, CANDO AMBOS PODEN SER BENEFICIARIOS

Advertencia: De acordo co establecido nos artigos 135 quater, da Lei xeral da Seguridade Social e 49 e) da Lei 7/2007, de 12 de abril, do estatuto básico do empregado público esta prestación para o coidado de menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave, non poderá concederse se o proxenitor solicitante fose funcionario público, nin é compatible coa percepción, por parte do outro proxenitor, do permiso retribuído que o artigo 49.e) da Lei 7/2007, de 12 de abril, do estatuto básico do empregado público establece para estes mesmos supostos, a favor dos funcionarios públicos.

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

e NAF:

y

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

e NAF:

como proxenitores/adoptantes/titores do menor e tendo ambos o dereito a solicitar a prestación

ACORDAN

que sexa D. / Dña.:

quen solicite a prestación económica para o coidado de menores afectados polo cancro ou outra enfermidade grave, que iniciará no día

,

de

de

Sinatura

Sinatura

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.

De conformidade co que se establece no Regulamento (UE) 2016/679, Xeral de Protección de Datos, informámoslle que os datos persoais facilitados serán tratados, en calidade de Responsable do tratamento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DA SEGURIDADE SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.  
A finalidade da recollida e tratamento dos seus datos é poder xestionar as prestacións que ten encomendadas a Mutua e que lle puidesen corresponder, de acordo coa normativa vixente, así como realizar enquisas de calidade que permitan unha mellora da xestión desenvolvida (artigo 6.1 c) do citado Regulamento).  
Do mesmo xeito informámoslle que non realizaremos ningunha cesión nin transferencia internacional de datos a terceiros, agás imperativo legal e que os seus datos se conservarán durante o tempo necesario para cumprir coa finalidade para a que se conseguiron e para determinar as posibles responsabilidades e atender os procesos de reclamación que se poidan presentar contra a entidade.  
Poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidade, limitación do tratamento e a non ser obxecto de decisións individuais automatizadas, notificándoo por escrito ao enderezo indicado con anterioridade ou ao seguinte enderezo de correo electrónico: [derechos\\_arco@fremap.es](mailto:derechos_arco@fremap.es). Pode acceder a información adicional sobre o tratamento dos seus datos en [www.fremap.es](http://www.fremap.es).  
Igualmente se lle informa do seu dereito a reclamar ante a Autoridade de Control (Axencia Española de Protección de Datos: [www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DA ACTIVIDADE PARA A REDUCIÓN DE XORNADA POR COIDADADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

e NAF:

e con domicilio en:

**declara baixo a súa responsabilidade que:**

1. É titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza:      SI      NON

Que o devandito establecemento ten o seu domicilio social en:

Tel.:

Que como traballador autónomo a actividade económica, oficio ou profesión que realiza é a de

2. É un traballador/a autónomo/a economicamente dependente (TRADE)      SI      NON

(art. 11 da Lei 20/2007, de 11 de xullo, do Estatuto do traballo autónomo.)

Se contestou que SI, especifique os datos do seu CLIENTE PRINCIPAL:

Razón Social:

N.I.F.

Enderezo:

Tel.:

3. Que para acceder á prestación económica para o coidado do menor enfermo e ao seu cargo, reduciu a súa xornada de traballo desde o día      de      de      tal e como foi detallado na segunda páxina desta petición.

4. Que con anterioridade á redución de xornada, o negocio xestionábase:

Cos seguintes medios humanos (nº de empregados, socios, etc.):

O horario do negocio era      a      ; durante os seguintes días da semana de      a

5. Que durante a redución de xornada por coidado de fillo con cancro ou outra enfermidade grave, o negocio queda na seguinte situación:

Peché do establecemento, inactividade parcial, persoa a cargo do negocio (indique o que no seu caso proceda):

Cos seguintes medios humanos (nº de empregados, socios, etc.):

O horario do negocio é      a      ; d durante os seguintes días da semana de      a

,      de      de

(Sinatura e selo)

## INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR CORRECTAMENTE A PETICIÓN

Escriba con claridade e en letras maiúsculas, ou cubra directamente este formulario a través de [www.fremap.es](http://www.fremap.es).

Solicite o asesoramento e axuda do persoal da FREMAP ante calquera dúbida.

O feito de cubrir de forma defectuosa ou incorrecta este impreso ou a falta de achega dos documentos que se indican poderá esixir a súa emenda e, mentres esta non se producira, demorará a tramitación da petición.

### DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PRESENTADOS CON ESTA PETICIÓN

1. Fotocopia (por ambas as caras) do DNI do solicitante, do outro proxenitor e do menor, se é maior de 14 anos.
2. Documentación relativa á cotización:
  - a. Para os artistas e profesionais taurinos: Declaración de actividades e xustificantes de actuacións que non fosen presentados na Tesouraría Xeral da Seguridade Social.
  - b. Traballadores responsables do ingreso das cotas. Xustificantes do pagamento dos últimos tres recibos.
3. Libro de familia, ou de non existir, certificado da inscrición do fillo no Rexistro Civil ou resolución Libro de familia, ou de non existir, certificado da inscrición do fillo no Rexistro Civil ou resolución.
4. No suposto de non convivencia dos proxenitores/adoptantes/acolledores/titores, e en ausencia de acordo sobre o que debe percibir a prestación, documentación que acredite a custodia ou a cargo de quen está o menor.
5. No caso de familias monoparentais: Libro de familia en que conste un só proxenitor/adoptante/acolledor/titor ou, no caso de que consten dous proxenitores/adoptantes/acolledores/titores, certificado de defunción dun deles, ou resolución xudicial en que se declare o abandono familiar dun deles.
6. Se o outro proxenitor/adoptante/acolledor/titor (segundo corresponda en cada caso):
  - a. Pertence ao réxime especial de traballadores autónomos ou conta propia : deberá achegar un certificado da entidade de cobertura correspondente, que confirme que non é beneficiario da prestación por coidado de menores afectados de cancro ou outra enfermidade grave.
  - b. É funcionario público; debe achegar certificado da administración da que dependa, no que quede constancia de que non é perceptor de permiso retribuído por coidado de menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave, conforme ao artigo 49.e) da Lei 7/2007 do 12 de abril do estatuto básico do empregado público.
  - c. É profesional alleo ao Sistema da Seguridade Social: debe achegar certificado de pertenza á mutualidade de colexio profesional á que pertenza.
7. Se o solicitante proxenitor/adoptante/acolledor/titor:
  - a. É traballador por conta allea do réxime xeral da Seguridade Social, deberá achegar copia do contrato de traballo vixente.
  - b. É TRADE, deberá achegar copia do contrato mercantil co seu cliente principal, debidamente selado no Servizo Público de Emprego.
  - c. É empregado do fogar, deberá achegar fotocopia do contrato de traballo.
8. Certificado de cotizacións subscrito pola empresa ou o empregador, no formulario facilitado pola empresa ou pola FREMAP.
9. Están exentas en todo o territorio nacional as rendas por prestacións e axudas familiares percibidas de calquera das Administracións Públicas, xa sexan vinculadas a nacemento, adopción, acollemento ou coidado de fillos menores, conforme ao que establece o artigo 7.z) da Lei 35/2006, do 28 de novembro, do IRPF e, na Comunidade Foral de Navarra, mediante a modificación introducida pola Lei Foral 25/2016, do 28 de decembro, con efectos do 1 de xaneiro de 2017, do artigo 7.k), cuarto parágrafo do Texto Refundido da Lei Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Legislativo 4/2008, do 2 de xuño.

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIXITAL: Esta solicitude poderá ser asinada mediante certificado dixital e remitido por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse o orixinal subscrito polo solicitante. A documentación complementaria, que igualmente pode ser enviada por correo electrónico, deberá ter formato PDF, xa que serán rexeitados os documentos que se reciban en calquera outro formato (por exemplo, TIFF) polo seu tamaño de almacenaxe.