

SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ ECONÒMICA DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL

L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagin de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud. Abans de començar a escriure, llegiu detingudament tots els apartats, així com les instruccions d'emplenament.
Molt important: la prestació econòmica que sol·liciteu no es podrà reconèixer si prèviament FREMAP no os ha estès el certificat mèdic on s'establisca l'existència del risc per a l'embaràs o la lactància natural.

1. DADES PERSONALS

Cognoms i nom:

DNI/NIE/TIE

Adreça electrònica

2. MOTIU DE LA SOL·LICITUD

RISC DURANT L'EMBARÀS

Data d'inici de la suspensió del contracte

Data d'inici de la suspensió del contracte: (compte propi)

Data probable del part

RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL

Data d'inici de la suspensió del contracte:

Data d'inici de la suspensió del contracte: (compte propi)

Data de naixement del fill

En ambdós casos, indiqueu els llocs de treball o funcions compatibles amb el vostre estat que podríeu seguir desenvolupant, així com les raons per les quals el canvi no és possible:

3. SITUACIÓ PROTEGIDA

Assenyalate els processos d'incapacitat temporal que haja iniciat o mantingut des de que FREMAP va emetre el certificat mèdic de la situació de risc:

Data de la baixa mèdica: Data de l'alta mèdica: La baixa va tenir relació amb la vostra situació d'embaràs o lactància?

SI NO

SI NO

SI NO

(Si heu respost que sí que heu tingut algun procés d'incapacitat temporal relacionat amb la situació d'embaràs o lactància, us preguem que aporteu la informació mèdica de què disposeu en la revisió amb el facultatiu de FREMAP).

4. DADES FISCALS

Tipus voluntari de retenció per IRPF % aplicable només si és superior al que reglamentàriament sigui procedent

Si teniu la residència fiscal en TERRITORI FORAL, a l'efecte de retenció per IRPF voleu que se vos aplique:

Taula general, nombre de fills:

Taula de pensions

Tipus voluntari

5. DADES BANCÀRIES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ MITJANÇANT TRANSFERÈNCIA

Banc

IBAN:

Carrer i població de la sucursal

DECLARE, baix la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigne en aquesta sol·licitud, que subscriu perquè se'm reconegua la prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural, i manifeste que quede assabentada de l'obligació de comunicar a FREMAP qualsevol variació d'aquestes dades que es pugua produir mentre percebi la prestació.

MANIFESTE, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de còpia de les dades del meu historial clínic, custodiat pels serveis públics de salut o centres concertats, així com perquè les meues dades d'identificació personal i residència puguen ser consultades, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accés informatitzat.

, de/d' de

(Signatura de la sol·licitant.)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679, General de Protecció de Dades, li informem que les dades personals facilitades seran tractades, en qualitat de Responsable del tractament, per FREMAP MÚTUA COL·LABORADORA DE LA SEGURETAT SOCIAL, núm. 61, amb domicili a Carretera de Pozuelo núm. 61, 28.222 Majadahonda - MADRID.

La finalitat de la recollida i tractament de les seues dades és poder gestionar les prestacions que té encomanades la Mútua i que li pogueren correspondre d'acord amb la normativa vigent, sent el tractament necessari per al compliment d'una obligació legal. (article 6.1 c) i, si escau, article 9.2 b) del citat Reglament).

De la mateixa manera li informem que no farem cap cessió ni transferència internacional de dades a tercers, excepte imperatiu legal i que les seues dades es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a què es van recollir i per determinar les possibles responsabilitats i atendre els processos de reclamació que es puguen presentar contra l'entitat.

Podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no ser objecte de decisions individuals automatitzades, notificant-ho per escrit a l'adreça indicada amb anterioritat o a la següent adreça de correu electrònic: derechos_arco@fremap.es. Pot accedir a informació adicional sobre el tractament de les seues dades en www.fremap.es.

Igualment se li informa del seu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control (Agència Espanyola de Protecció de Dades: www.aepd.es).

**DECLARACIÓ DE L'EMPRESA O DE LA TREBALLADORA PER COMPTE PROPI
SOBRE LA INEXISTÈNCIA DE LLOCS DE TREBALL O DE FUNCIONS COMPATIBLES**

No s'ha d'emplenar en el cas de treballadores de la llar.

En el cas de les treballadores per compte d'altri, és preceptiu acompanyar amb aquest document l'informe del servei de vigilància de la salut de l'empresa a què es refereix l'apartat 3.

El Sr. / la Sra.

amb DNI-NIE-TIE en qualitat de

de l'organisme o empresa

amb CCC

domicili

núm. Població

C. Postal

Província

Telèfon

Adreça electrònica

DECLARA en relació amb el canvi de lloc de treball o funcions de:

D^a. sòcia treballadora/treballadora/TRADE d'aquesta

empresa amb núm. de la Seguretat Social

i DNI/NIE/TIE

1. Que en relació amb l'existència d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat ⁽¹⁾.

2. Els motius pels quals el canvi de lloc de treball o de funcions no resulta tècnicament o objectivament possible, o raonablement no es pot exigir, són els següents:

3. En relació amb aquestes qüestions, s'adjunta un informe emès pel servei de vigilància de la salut, propi o concertat, del'empresa (no aplicable a les treballadores autònomes).

4. Per això, s'ha decidit que la suspensió del contracte de treball o el cessament en l'activitat de la treballadora autònoma s'iniciï amb data:

, de/d' de

Signatura i segell de l'empresa o de la treballadora per compte propi.

(1) Declaració sobre existència o no d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat.

(Tornar al punt 1)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

NOTA: Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant de la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta institució emeta l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seua conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades per l'empresa o per la treballadora autònoma. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè FREMAP reconegua o denegua el dret al subsidi quedarà suspès fins que reba aquest informe.

DECLARACIÓ DEL TITULAR DE LA LLAR FAMILIAR SOBRE LA INEXISTÈNCIA DE LLOCS DE TREBALL O DE FUNCIONS COMPATIBLES

El Sr. / la Sra.

amb DNI/NIE/TIE en qualitat de titular de la llar familiar amb núm. de C.C.C

i domicili

núm. Població C. Postal Província

Telèfon Adreça electrònica

DECLARA que:

D^a.

és treballadora d'aquesta llar familiar amb núm. de la Seguretat Social i DNI/NIE/TIE

1. Que en relació amb la possibilitat d'adaptació del lloc de treball o amb l'existència d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat⁽¹⁾.

2. Els motius pels quals el canvi de lloc de treball o de funcions no resulta tècnicament o objectivament possible, o raonablement no es pot exigir, són els següents:

3. Per això, s'ha decidit que la suspensió del contracte de treball s'iniciï amb data:

, de/d' de

Signatura del titular de la llar familiar.

(1) Declaració sobre la possibilitat d'adaptació del lloc de treball o sobre l'existència o no d'un altre lloc de treball o funció compatible amb el seu estat. (Tornar al punt 1)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

NOTA: Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant de la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta institució emeti l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seva conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades pel titular de la llar familiar. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè FREMAP notifiqui el reconeixement o denegació del dret al subsidi quedarà suspès fins que rebi aquest informe.

DECLARACIÓ DE LA SITUACIÓ DE L'ACTIVITAT

Només per a les sol·licituds de les treballadores autònomes, excepte les incloses en el SETA i les TRADE.

D/D^a.

amb número d'afiliació a la Seguretat Social

amb DNI

i amb domicili en

declara baix la seua responsabilitat que:

És titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa Si No

Que aqueste establiment té el domicili social a

i telèfon _____ que l'activitat econòmica, ofici o professió és la de

i que durant la situació de suspensió de l'activitat queda en la situació següent:

1. Gestionat per:

a. Familiar:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

DNI

CCC de l'empresa

Parentesc

a. Empleado del establecimiento:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

DNI

CCC de l'empresa

b. Gestionado por otra persona:

El Sr. / la Sra.

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social

DNI

CCC de l'empresa

2. Cessament temporal o definitiu en l'activitat durant la situació de suspensió de l'activitat del titular de l'establiment.

3. O, al contrari, declara que està inclòs en el Règim Especial de treballadors per compte propi o Autònoms pel que fa a l'activitat econòmica de

que te el seu domicili en

, tel.

, de/d'

de

(1) Si es marca la casella NO s'ha d'emplenar el punt 3. (Tornar al punt 1)

(Signatura del treballador)

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.

NOTA: Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per FREMAP, pot ser presentat per la mútua davant de la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions en les declaracions i les certificacions aportades, per tal que aquesta institució emeti l'informe previst en el Reial decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seva conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades per la treballadora autònoma. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè FREMAP decideixi el reconeixement o denegació del dret al subsidi quedarà suspès fins que rebí aquest informe.

INSTRUCCIONS PER A L'EMPLENAMENT DE LA SOL·LICITUD

- Escriviu amb claredat i en lletres majúscules.
- Demaneu l'assessorament i l'ajuda del personal de FREMAP davant de qualsevol dubte.
- L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès o la manca d'aportació dels documents que s'indiquen poden exigir que s'hagen de corregir, fet que demorarà la tramitació de la sol·licitud.

DOCUMENTS QUE S'HAN DE PRESENTAR AMB AQUESTA SOL·LICITUD

1. En el cas de treballadores embarassades, informe actualitzat del metge del Servei Públic de Salut que acredite la situació d'embaràs i la data probable del part, per al cas que en el certificat mèdic emés per FREMAP no s'haguera considerat este el risc en el moment de la seua sol·licitud, però sí la possibilitat de concurrència en una data posterior.
2. Declaració de l'empresa o de la treballadora autònoma sobre la inexistència de llocs de treball o de funcions compatibles amb l'estat de la treballadora. Si la treballadora per compte propi presta els seus serveis en una societat cooperativa o societat laboral o mercantil, la declaració ha de ser emplenada per l'administrador de la societat. Si la treballadora és autònoma econòmicament dependent (TRADE), la declaració ha de fer-la el representant legal del client.
3. En el cas de les treballadores per compte d'altri:
 - a. Informe del Servei de Vigilància de la Salut de l'empresa sobre la inexistència de llocs de treball compatibles amb l'estat de la treballadora.
 - b. Certificat de cotitzacions de l'empresa.
4. En el cas de les treballadores per compte propi:
 - a. Declaració de situació de l'activitat (no aplicable a les treballadores del SETA i a les TRADE).
 - b. Fotocòpia dels últims rebuts de l'abonament de les quotes al RETA no acompanyats anteriorment de la sol·licitud certificat mèdic. De no aportar els rebuts corresponents al mes en què se suspengui l'activitat o la dels dos mesos previs a aquest, es consideraran abonats però la mútua haurà de procedir a comprovar-ho amb posterioritat, reclamant si s'escau, les prestacions indegudament percebudes.
5. En el cas de les treballadores de la llar:
 - a. Declaració del titular de la llar familiar, que s'adjunta a aquest formulari.
 - b. Certificat de cotitzacions de l'ocupador, mitjançant el formulari que li lliurarà FREMAP.
6. I el model 145 de situació a efectes d'IRPF degudament emplenat (excepte País Basc i Navarra, supòsits en què s'ha d'acompanyar-se, en el seu lloc, fotocòpia del Llibre de Família per acreditar la data de naixement dels fills)

FREMAP INFORMA

La treballadora està obligada a comunicar a FREMAP qualsevol circumstància que implique la suspensió o extinció del dret al subsidi. En particular, en el cas de la prestació econòmica per risc durant l'embaràs:

- L'inici del descans per maternitat.
- La reincorporació a la feina anterior o a una altra de compatible.
- L'extinció del contracte de treball o la baixa al RETA.
- La interrupció de l'embaràs.

I, en el supòsit de la prestació econòmica per risc durant la lactància natural:

- La interrupció de la lactància natural.
- Complir el fill els nou mesos d'edat.
- La reincorporació a la feina anterior o a una altra de compatible.
- L'extinció del contracte de treball o la baixa al RETA.

L'incompliment d'aquesta obligació reglamentària pot donar lloc a la declaració com a indegut del subsidi percebut en el període corresponent, amb la respectiva obligació de reintegrament, fins i tot a través de la via de constreyniment a càrrec de la Tresoreria General de la Seguretat Social.

ENVIE DE DOCUMENTACIÓ PER VÍA DIGITAL: Esta sol·licitud podrà ser firmada mitjançant certificat digital i remesa per correu electrònic; en cas contrari, haurà de presentar-se l'original subscrit pel sol·licitant. La documentació complementària, que igualment pot ser enviada per correu electrònic, haurà de tindre format PDF, ja que seran rebutjats els documents que es reben en qualsevol altre format (per exemple, TIFF) pel seu tamany d'emmagatzematge.