

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento		Núm. Seguridad Social		DNI - NIE				
E-mail		Teléfono 1		Teléfono 2				
Domicilio (calle o plaza)				Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta
Localidad		Código Postal		Provincia		Nacionalidad		
Empresa				Sector				
Puesto de trabajo				Horario / turnos sin reducción de jornada				
Trabajador por cuenta propia		<input type="checkbox"/> Sociedad cooperativa, o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> Trabajador SETA <input type="checkbox"/> Trabajador TRADE <input type="checkbox"/> Trabajador RETA						
Trabajador por cuenta ajena		<input type="checkbox"/> Trabajador indefinido <input type="checkbox"/> Trabajador eventual <input type="checkbox"/> Trabajador a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador a tiempo completo						
DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR								
Es familia monoparental (*)		Relación con el menor						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo / permanente						

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR / ADOPTANTE / ACOGEDOR

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento		Núm. Seguridad Social		DNI - NIE				
E-mail		Teléfono 1		Teléfono 2				
Domicilio (calle o plaza)				Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta
Localidad		Código Postal		Provincia		Nacionalidad		
Empresa				Sector				
Puesto de trabajo				Horario / turnos				
Trabajador por cuenta propia		<input type="checkbox"/> Sociedad cooperativa, o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> Trabajador SETA <input type="checkbox"/> Trabajador TRADE <input type="checkbox"/> Trabajador RETA						
Trabajador por cuenta ajena		<input type="checkbox"/> Trabajador indefinido <input type="checkbox"/> Trabajador eventual <input type="checkbox"/> Trabajador a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador a tiempo completo						

3. DATOS DEL MENOR

Apellidos y nombre		DNI - NIE		Fecha de nacimiento	
¿Ha habido ingreso hospitalario del menor?					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Desde: _____ Hasta: _____					
¿El menor está escolarizado?					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Horario del centro escolar: _____					

(*) Se entenderá por familia monoparental la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye el sustentador único de la familia.

4. DATOS BANCARIOS

Código IBAN											

DECLARO bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a umivale cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO mi consentimiento para que mis datos de identificación personal, y de los causantes, los de residencia, los que figuren en el Registro Civil, puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del interesado

Importante:

Todos los campos de obligada cumplimentación de cara a la valoración del expediente. La falta de alguno de los documentos demorará la tramitación de la solicitud. Los plazos legales para la resolución de los expedientes se contarán a partir del momento en que la documentación esté completa y correctamente cumplimentada.

Información sobre protección de datos personales

- **Responsable:** **umivale** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es.
- **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale** en su condición de Mutua Colaboradora con la SS.
- **Destinatarios:** Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. Seguridad Social y Organismos dependientes. Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales.
- **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros, remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivale.es.
- **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.