



mutua gallega

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D/Dña.
Nº de Seguridad Social
DNI / NIE / Pasaporte
con domicilio en

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

1.- Que es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:

SI
Dicho establecimiento tiene su domicilio social en
en el que desarrolla la actividad económica, profesión u oficio de

NO
Por el contrario declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos en razón de la actividad económica de
Trabajador/a Económicamente Dependiente
Otros
desarrollando su actividad en el centro de trabajo con domicilio en
y el horario del establecimiento / de la actividad es

2.- Que para acceder a la prestación por cuidado de menor con cáncer u otra enfermedad grave por su necesidad de cuidado directo, continuo y permanente ha reducido su jornada de trabajo en un % desde el día

La jornada de trabajo anterior a la reducción era
La jornada de trabajo posterior a la reducción es
horas al día a la semana al mes al año
Distribución de jornada

3.- Que durante la reducción de jornada por cuidado del / de la menor el negocio / actividad queda en la siguiente situación:

Inactividad parcial
Gestionado por otra persona
Horario del negocio / actividad

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 Mutua Gallega cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación

IMPORTANTE: Se le recuerda que, al amparo de lo previsto en el Capítulo III/art. 21.4 del RD legislativo 5/2000, de 4 de Agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, usted se encuentra obligado a facilitar a esta entidad, de manera exacta y veraz, los datos arriba requeridos, así como cualesquiera otros de carácter informativo que en futuro pudiéramos solicitarle, debiendo comunicar a esta Mutua cualquier variación que se produjese de los mismos. La inobservancia de lo anterior podría constituir una infracción en materia de Seguridad Social, sancionable con la pérdida de la prestación.

Los datos personales incluidos en este documento y en la documentación anexa, así como los facilitados posteriormente por los afectados u otros terceros se incorporarán a los ficheros de MUTUA GALLEGA, MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL nº 201 para la tramitación y gestión de la prestación solicitada y serán comunicados a los organismos de la Seguridad Social y demás administraciones públicas competentes en cumplimiento de la normativa vigente. Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo solicitud firmada por escrito, acompañada de copia de su D.N.I. a Monte Alfeirán,s/n, Vilaboa - 15174, Culleredo (A Coruña). En caso de que nos proporcionen datos de terceros deberán informar a los mismos de los extremos establecidos en el párrafo anterior recabando, en su caso, el consentimiento necesario.

_____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del / de la solicitante