MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

Puede realizar este trámite en el Portal de Prestaciones de la Seguridad Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario con un ejemplar firmado, o presencialmente en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita en los teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSONALES

1.1 Solicitante

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

Fecha de nacimiento | DNI - NIE - Pasaporte | Nº de la Seguridad Social | Nacionalidad

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia | Teléfono fijo

Correo electrónico

1.2 De la unidad familiar

Familia monoparental(1): SÍ ☐ NO ☐

La progenitora, guardadora o acogedora es víctima de violencia de género acreditada(2) SÍ ☐ NO ☐

1.3 Del representante legal (persona que presta medidas de apoyo a personas con discapacidad o menores)

☐ Titular de la patria potestad ☐ Tutor ☐ Tutor institucional
☐ Guardador de hecho ☐ Curador ☐ Curador institucional
☐ Defensor judicial

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte/NIF

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono

Código postal | Localidad | Provincia

Correo electrónico

(1) Se entenderá por familia monoparental aquella en la que el otro ha fallecido, es desconocido o no existe filiación.

(2) Cuando se acredite ser víctima de violencia de género, el derecho se reconocerá a favor del progenitor, guardador o acogedor que conviva con la persona enferma, aunque el otro no trabaje, siempre que cumpla el resto de los requisitos exigidos.

20261022
8-015 cas V.14

1.4 Del representante voluntario

☐ Representante acreditado mediante modelo de representación ("familiar o amigo" o "profesional colegiado")

☐ Apoderado inscrito en el Registro Electrónico de Apoderamientos

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte/NIF

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono

Código postal | Localidad | Provincia

Correo electrónico

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR / GUARDADOR CON FINES DE ADOPCIÓN / ACOGEDOR / TUTOR

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

DNI - NIE - Pasaporte | Nº de la Seguridad Social | Teléfono móvil | Teléfono fijo

Correo electrónico

¿Trabaja por cuenta ajena o propia? SÍ ☐ NO ☐

Pertenece en razón de su actividad al:
- ☐ Régimen General de la Seguridad Social
- ☐ Régimen Especial de
- ☐ Funcionario/a[3]
- ☐ Otros (Colegio profesional, etc.)

Indique si la relación con el otro progenitor / guardador / acogedor es alguna de las siguientes[4]:
- ☐ Divorcio
- ☐ Nulidad matrimonial
- ☐ Separación
- ☐ Extinción de pareja de hecho

3. DATOS DEL MENOR/ES O CAUSANTE/S

	Menor/Causante 1	Menor/Causante 2
Nombre y Apellidos		
DNI - NIE - Pasaporte		
Fecha de nacimiento		
¿ Tiene reconocido grado de discapacidad igual o superior al 65%?	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
¿Tiene reconocido Grado de dependencia III? [5]	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
¿Reside temporalmente en un recurso asistencial o vivienda de apoyo?[6]	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐

(3) Señalar sólo si se trata de funcionarios incluidos en el ámbito de aplicación del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), aprobado por Real Decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre.

(4) En caso afirmativo de alguno de los supuestos, no es preciso que el otro progenitor/guardador/acogedor trabaje para causar la prestación.

(5) En caso de posibilidad de prórroga de la prestación por cuidado del causante mayor de 26 años y que tenga reconocida una discapacidad igual o superior al 65 por ciento o bien tenga reconocido el grado III de dependencia.

(6) Se entenderá cumplido el requisito de convivencia aun cuando la persona causante resida temporalmente en un recurso residencial o en una vivienda de apoyo en régimen de estancia de respiro o de corta duración, si la persona beneficiaria mantiene el cuidado efectivo.

20261022
8-015 cas V.14

4. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Fecha del ingreso hospitalario del menor

Fecha de inicio de la jornada reducida

¿Ha reducido la jornada laboral? SÍ ☐ NO ☐

Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)

5. OTROS DATOS

5.1 Lengua cooficial en la que desea recibir su correspondencia

La elección de lengua cooficial solo surtirá efectos en las comunidades autónomas que la tengan reconocida.

5.2 Domicilio de comunicaciones a efectos legales (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia | Teléfono fijo

País | Apartado de Correos

Correo electrónico

6. ALEGACIONES

7. DATOS BANCARIOS

El titular de la cuenta debe ser el solicitante, salvo que presente resolución judicial que expresamente autorice al cobro a la persona que presenta medidas de apoyo. El error, la falta de este dato o la no cumplimentación de este apartado impedirá el pago de la prestación.

- ☐ **SOLICITANTE**
- ☐ **TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD O TUTOR**
- ☐ **REPRESENTANTE LEGAL ACREDITADO PARA EL COBRO MEDIANTE RESOLUCIÓN JUDICIAL**

PAGO EN ESPAÑA

CÓDIGO IBAN

Código país	Entidad	Oficina / Sucursal	Dígito control	Número de cuenta

PAGO EN EL EXTRANJERO(7)

País | BIC/SWIFT(7) | CÓDIGO IBAN

Nombre entidad bancaria | Domicilio de la sucursal

Información básica sobre protección de datos personales

Responsable	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
Finalidad	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencias del INSS.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Procedencia	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES".

CONSENTIMIENTOS

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

- ☐ SÍ doy mi consentimiento
- ☐ NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- ☐ SÍ doy mi consentimiento
- ☐ NO doy mi consentimiento

El plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada o desde que haya aportado los documentos requeridos. Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo.

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud. Firma

a de de 20

(7) Exclusivamente para residentes en el extranjero.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE.

20261022
8-015 cas V.14

Prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

Registro INSS

Aportación de documentos acreditativos de la identidad del solicitante/representante

1. ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
   - ☐ Solicitante.
   - ☐ Representante legal.
   - ☐ Representante voluntario.

DILIGENCIA de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos acreditativos de la identidad del solicitante/representante.

Cargo y nombre del funcionario	Fecha y lugar	Firma

Documentos requeridos por la administración

1. ☐ En caso de representación:
   - ☐ Si es representante legal, resolución o autorización judicial que acredite la representación legal.
   - ☐ Si es representante voluntario, documento acreditativo de la representación.
2. ☐ Si el representante legal es el titular de la patria potestad del solicitante, libro de familia.
3. ☐ Certificado de empresa en el que consten las bases de cotización por contingencias profesionales.
4. ☐ Certificado de la empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada del trabajador.
5. ☐ Documentos de cotización de los últimos meses.
6. ☐ Trabajadores responsables del ingreso de cuotas: Declaración sobre reducción de su jornada de trabajo.
7. ☐ Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo o hijos en el Registro Civil.
8. ☐ Declaración de hospitalización del menor en el que conste el día del ingreso, emitido por el facultativo del Servicio Público de Salud.
9. ☐ Resolución administrativa o judicial en los casos de adopción/guarda con fines de adopción/acogimiento permanente o tutela del menor.
10. ☐ Libro de familia o certificado de matrimonio. Si es pareja de hecho y no tienen algún hijo en común: certificado del Registro de parejas de hecho o copia de la escritura notarial de su constitución.
11. ☐ Trabajadores por cuenta propia o Autónomos: declaración de la situación de la actividad referida a la parte de jornada profesional que reduce el trabajador autónomo.
12. ☐ Documento oficial acreditativo de la discapacidad de al menos el 65% del causante. En caso de prórroga de la prestación para el cuidado de causante mayor de 26 años es válido el documento oficial que le acredite el grado de dependencia III.
13. ☐ Acreditación de la situación de víctima de violencia de género.
14. ☐ Resolución judicial que acredite la nulidad matrimonial, divorcio o separación judicial o acreditación de la extinción de la pareja de hecho.
15. ☐ Otros documentos

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede realizar este trámite en *https://prestaciones.seg-social.es* en el apartado "Consultar el estado de una solicitud", por correo ordinario a la dirección provincial más cercana a su domicilio o en un Centro de Atención de la Seguridad Social con cita que puede solicitar en el teléfono 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita* .

Si se produce alguna variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral (cese en el trabajo, inicio de actividad laboral a tiempo parcial, etc.) como de su domicilio, mientras esté vigente la prestación, debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano a su domicilio.

Si desea que las notificaciones que le remite la Seguridad Social se realicen a partir de ahora tan solo por medios electrónicos, comuníquenoslo en el servicio de desistimiento del canal postal en *http://run.gob.es/sckwao* .

Recibí:	Firmado:

20261022

8-015 cas V.14

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

Instituto Nacional de la Seguridad Social
C/ Padre Damián, 4
CP 28036 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?

Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social
C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta
CP 28020 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO

¿Para qué utilizaremos sus datos?

Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.
Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.

LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).

Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.

DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS

¿A quién comunicaremos sus datos?

Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.

Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.

DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?

Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.

Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

PROCEDENCIA

¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.

20261022
8-015 cas V.14