INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO DE DATOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Este modelo está destinado a aquellos procedimientos de incapacidad permanente iniciados de oficio por esta Entidad Gestora. Si no es su caso y lo que quiere es solicitar una prestación de incapacidad permanente debe acudir al modelo de solicitud de incapacidad permanente y lesiones permanentes no incapacitantes que tiene en la página *http://run.gob.es/ip0002*.

En ambos casos, si ha trabajado en el extranjero la solicitud que debe cumplimentar y presentar es la de Reglamentos Comunitarios o de Convenios bilaterales que puede extraer en *http://run.gob.es/IPCon*.

Las comunicaciones y notificaciones relativas a esta prestación se efectuarán por medios electrónicos en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, en el siguiente enlace: Info.seg-social.es/notif.

20261120

C-216 cas V.4

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

FORMULARIO DE DATOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE

¿Ha trabajado en el extranjero? SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, no siga cumplimentando este documento, ya que debe cumplimentar y presentar la solicitud de Reglamentos Comunitarios o de Convenios bilaterales que puede extraer en:
http://run.gob.es/IPCon.

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL INTERESADO/A

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte

Estado civil actual:

- Soltero/a ☐
- Casado/a ☐
- Viudo/a ☐
- Separado/a legalmente ☐
- Divorciado/a ☐

Tiene reconocida discapacidad:

SÍ ☐ NO ☐

Necesita medidas de apoyo que requieran la intervención de un guardador de hecho/curador/defensor judicial:

SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, cumplimente el apartado 1.2. Del mismo modo, en caso de actuar por medio de representante cumplimente la casilla correspondiente del apartado 1.3. De no ser así, acuda directamente al punto 2.

1.2 DE LA PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

GUARDADOR DE HECHO ☐ GUARDADOR DE HECHO JUDICIAL ☐ CURADOR ☐ DEFENSOR JUDICIAL ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de nacimiento	DNI - NIE - Pasaporte	Nacionalidad

Domicilio habitual: (calle o plaza...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Código postal	Localidad	Provincia	País

Si actúa en nombre de una entidad pública, indique:

Cargo que ostenta .....

Nombre o razón social ..... CIF/NIF .....

1.3 DEL REPRESENTANTE

REPRESENTANTE ☐ APODERADO INSCRITO EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO DE APODERAMIENTOS ☐

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Fecha de nacimiento	DNI - NIE - Pasaporte	Nacionalidad

Domicilio habitual: (calle o plaza...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Código postal	Localidad	Provincia	País

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ②

2. OTROS DATOS

2.1	DATOS DE CONTACTO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

De conformidad con lo establecido en la Orden ISM/903/2020, de 24 de septiembre (BOE 29/09), todas las notificaciones y comunicaciones emitidas por el INSS en un procedimiento de incapacidad permanente se efectuarán obligatoriamente por medios electrónicos. Por consiguiente, es preceptivo que el interesado comunique un teléfono móvil y/o una dirección de correo electrónico en la que recibir los avisos de puesta a disposición de resoluciones/comunicaciones en SEDESS (Sede Electrónica de la Seguridad Social) para su notificación.

Teléfono móvil	
Dirección de correo electrónico	

3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL

1) Última profesión que ha ejercido ..... Tareas que realizaba .....

2) Otras profesiones: .....

3) En caso de ser trabajador autónomo indique si ha tenido trabajadores a cargo: SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indique la identificación jurídica de la empresa: .....

¿Ha cotizado alguna vez al Régimen de Clases Pasivas del Estado? SÍ ☐ NO ☐

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ③

En el caso de tener hijos rellene el punto 4, de no ser así acuda directamente al punto siguiente (punto 5).

4. DATOS PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS, Y EL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO Y DÍAS COTIZADOS POR PARTO

		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Datos del hijo o menor	Nombre						
	1º apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Fecha de resolución de adopción o acogimiento						
	Fecha de aborto (de más de 6 meses de gestación)						
Solicita el beneficio por cuidado de hijos/adoptados o menores acogidos. Marque los hijos o menores por los que solicita el beneficio		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solicita el complemento para la reducción de la brecha de género/complemento de maternidad. Marque los hijos por los que solicita el complemento		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solicita el reconocimiento de los días por parto (solicitante mujer). Marque los hijos por los que solicita los días por parto		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cumplimente los datos del otro progenitor en caso de solicitar: - El complemento para la reducción de la brecha de género - El beneficio por cuidado de hijos o menores acogidos (solicitante hombre)							
Datos del otro progenitor, adoptante o acogedor (1)	NO EXISTE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	FALLECIDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nombre						
	1º apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Sexo						
Firma del otro progenitor (2)							

(1) Si es el mismo en todos los casos cumplimente únicamente los datos del primero de los hijos o menores. Si no existe o ha fallecido marque la casilla.

(2) Firma del otro progenitor, adoptante o acogedor dando conformidad para que el beneficio por cuidado de hijos se aplique a favor del titular de esta prestación (salvo en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo).

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ④

5. DATOS ALEGADOS A EFECTOS DE LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

5.1 SOBRE LA CONTINGENCIA:

Enfermedad común ☐ Enfermedad profesional ☐ Accidente de trabajo ☐ Accidente no laboral ☐

5.2 EN CASO DE QUE SE RECONOCIERA LA PRESTACIÓN:

Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social en actividad compatible: SÍ ☐ NO ☐

En la Administración ☐ Por cuenta propia ☐ Por cuenta ajena ☐

Va a ser titular, propietario/a o arrendatario/a: SÍ ☐ NO ☐

De explotación agraria ☐ De explotación marítimo pesquera ☐ De establecimiento abierto al público ☐

Si la respuesta anterior es NO y actualmente no tiene empleo, es mayor de 55 años y, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, no ha cumplido la edad de jubilación, indique si solicita el incremento del 20% en el supuesto de que se le reconociera una pensión de incapacidad permanente total: SÍ ☐ NO ☐

5.3 DATOS DE INGRESOS

Ingresos, computados de acuerdo con la legislación fiscal, que previsiblemente, y al margen de la pensión a tramitar, obtendrán la persona interesada (I) y su cónyuge (C) durante todo el año actual, distintos de los obtenidos por el trabajo para el que ha de valorarse la incapacidad. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, cumplimente esa cantidad descontando los que obtuvo por dicho trabajo; en caso de que usted ya sea perceptor de una pensión pública nacional, no incluya el importe percibido por la misma. Para el estudio del derecho al complemento a mínimos, deben rellenarse todas las casillas de ingresos. En caso de no tener rentas de alguno de los tipos solicitados, debe indicarlo con cero (0) en el apartado correspondiente.

Perceptor	Rendimientos netos de trabajo	Rendimientos netos de actividades económicas	Rendimientos brutos de capital mobiliario y/o netos de inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones de Organismos Extranjeros (importe íntegro)	
					Importe bruto	País
I	€	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	€	

5.4 DATOS DEL CÓNYUGE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI - NIE - Pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Nº de Seguridad Social

Apellidos y nombre: DNI - NIE - Pasaporte ⑤

5.5 DATOS DE ASCENDIENTES Y DESCENDIENTES A EFECTOS FISCALES QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO/A

Debe incluir exclusivamente la información de ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad con discapacidad) que conviven con usted durante al menos la mitad del año y descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad con discapacidad) que conviven con usted y, en ambos casos, siempre que no tengan rentas anuales superiores a 8.000 euros.

	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3	Familiar 4	Familiar 5	Familiar 6
Parentesco						
Fecha de nacimiento						
Discapacidad	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐	Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐ Igual o superior al 65% ☐
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
Si descendiente: Año adopción/acogimiento (1)						
Convive también con el otro progenitor	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
Si ascendiente: Nº hijos/ nietos con los que convive durante el año (incluido Vd.)						

5.6 DATOS DEL INTERESADO/A A EFECTOS FISCALES

Si está en territorio común y desea un tipo voluntario de retención por IRPF indique cuál: … ..... %

Tiene reconocida discapacidad … … … … … … … … … … Igual o superior al 33% e inferior al 65% ☐

Igual o superior al 65% ☐

Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida … … … … … . … … … … … … … … … … … SÍ ☐ NO ☐

Cuantía anual de pensión compensatoria … … … … … … … … … … … … … … … … … … ..... €

Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: … … … … … … … … … … … … … … … ..... €

Si está pagando préstamos por adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual desde antes del 01/01/2013 y sus rendimientos de trabajo anuales, incluida ésta y otras pensiones, son inferiores a 33.007,20 €, marque este recuadro … ☐

Si su domicilio está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general ☐ Nº de hijos .....

Tabla de pensionistas ☐

Tipo voluntario: ☐ ..... %

20261120

C-216 cas V.4

(1) Sólamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año de acogimiento.

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - Pasaporte ⑥

6. ALEGACIONES:

7. DATOS BANCARIOS

EL TITULAR DE LA CUENTA DEBE SER EN TODO CASO LA PERSONA INTERESADA, AUN CUANDO NECESITE MEDIDAS DE APOYO JUDICIALES
EL ERROR O LA FALTA DE ESTE DATO IMPEDIRÍA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN:

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)

BIC: .....

Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

PAGO EN EL EXTRANJERO Cheque ☐ Transferencia ☐ País .....

BIC: ..... IBAN: ..... CCC: .....

DECLARO, que son ciertos los datos incluidos en este documento.

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 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 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 que ha facilitado para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

20261120

C-216 cas V.4

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 competencia 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"

..... , a ..... de ..... del 20.....

Firma

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN (*)

1.- En todos los casos:

Acreditación de identidad de todas aquellas personas que figuran en el formulario mediante la siguiente documentación:

– Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).

– Extranjeros residentes o no residentes en España: TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero); o pasaporte (o, en su caso, documento de identidad vigente en su país) y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.

2.- En caso de necesitar alguna de las siguientes medidas de apoyo:

– Curador/defensor judicial: la documentación acreditativa correspondiente.

– Guardador de hecho: certificado de empadronamiento o documentación que acredite convivencia, o, en su caso, autorización judicial

3.- En caso de actuar por medio de representante:

– La documentación acreditativa de la representación. Los apoderados inscritos en el registro electrónico de apoderamientos no necesitan acompañar documento acreditativo.

4.- A efectos de complementos para pensiones inferiores a la mínima:

– En el caso de extranjeros residentes en España: certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros o Tarjeta de Identidad de Extranjeros.

– Libro de familia, actas del Registro Civil o certificado oficial que acrediten el parentesco del cónyuge con el interesado/a, en su caso.

5.- Si ha cumplimentado algunos de los apartados del punto cuatro de este formulario:

– Certificado del Registro Civil o Libro de familia, resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento que acrediten, según el caso, los nacimientos, abortos, adopciones o acogimientos que haya alegado. En el caso de adopciones internacionales constituidas por autoridades extranjeras deberá acreditarse que han surtido efectos en España con arreglo a las disposiciones de la Ley de Adopción Internacional.

20261120

C-216 cas V.4

(*) Si los documentos han sido emitidos por organismos extranjeros, será necesario que cumplan los requisitos de legalización para ser válidos en España

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 benefici arios 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 comunicacione s 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.

20261120
C-216 cas V.4