



TA.0040 - PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUD DE: ALTA DE RECONOCIMIENTO DE CONVENIO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TENGAN ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL. (R.D. 156/2013, de 1 de marzo)**

1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3 FECHA DE NACIMIENTO	1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	D.N.I.: <input type="text"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/>	PASAPORTE: <input type="text"/>
1.6 DOMICILIO	1.7 DATOS TELEMÁTICOS		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		BIS	ESCAL.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA		PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO		CÓD. POSTAL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL		TELÉFONO MÓVIL	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	

2. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE LEGAL (Se cumplimentará si el solicitante no tiene plena capacidad de obrar)

2.1 NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			
<input type="text"/>			
2.2 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		2.3 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	2.4 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	C.I.F.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
2.5 DOMICILIO		TELÉFONO	
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		BIS	ESCAL.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA		PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. DATOS RELATIVOS AL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS DEL CONVENIO ESPECIAL SI ÉSTE ES DIFERENTE DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL

3.1 NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			
<input type="text"/>			
3.2 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		3.3 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	3.4 N° DE SEGURIDAD SOCIAL
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	C.I.F.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
3.5 C.C.C		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3.6 DOMICILIO		TELÉFONO	
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		BIS	ESCAL.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA		PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.7 NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE (si el sujeto responsable es persona jurídica)			
<input type="text"/>			
3.8 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		3.9 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	3.10 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. REQUISITOS ESPECÍFICOS

4.1 GRADO DE DISCAPACIDAD	4.2 TIPO DE DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3 FECHA DE INSCRIPCIÓN COMO DEMANDANTE DE EMPLEO	4.4 OPCIÓN FECHA DE ALTA PARA 2013
<input type="text"/>	FECHA ENTRADA SOLICITUD <input type="checkbox"/>
	FECHA ENTRADA EN VIGOR RD 156/2013 <input type="checkbox"/>

5. DECLARACIÓN (Marque con una "X" lo que corresponda)

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EL/LA SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL <b>DECLARA</b> QUE NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN NINGÚN RÉGIMEN JURÍDICO DE PREVISIÓN SOCIAL	FIRMA
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EL/LA SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL <b>AUTORIZA</b> A LA TGSS LA CONSULTA AL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD (RD 522/2006) Y DE DOMICILIO Y RESIDENCIA (RD 523/2006) AMBOS DE 28 DE ABRIL.	

6. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)			
<input type="text"/>			
DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO		N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		<input type="text"/>	
D.N.I.: <input type="checkbox"/>		C.I.F.: <input type="checkbox"/>	
TARJETA EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	
FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA Y SELLO DEL SUJETO RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS CUOTAS	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha: D.N.I.: FIRMA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0040 Personas con discapacidad (02-2022)

# INSTRUCCIONES

## GENERALES

- El documento deberá cumplimentarse a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras.
- Los espacios en gris deben cumplimentarse por la Administración de la Seguridad Social.
- Este documento se utilizará para efectuar las solicitudes de alta de reconocimiento de convenio especial para personas con discapacidad que tengan especiales dificultades de inserción laboral.

## 1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE: (Se cumplimentará en todos los casos)

- 1.1 Nombre y Apellidos:** se indicarán el nombre y apellidos completos de la persona con discapacidad para la que se solicita el alta, baja, variación de datos, suspensión, reanudación o extensión del convenio especial.
- 1.2 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del/de la solicitante.
- 1.3 Fecha de nacimiento:** se indicará la fecha de nacimiento completa del/de la solicitante.
- 1.4 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 1.5 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el Número de Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 1.6 Domicilio:** se hará constar el domicilio de residencia habitual del/de la solicitante. Las denominaciones del nombre de la vía pública y del municipio/entidad de ámbito territorial inferior al municipio se anotarán completas.
- 1.7 Datos Telemáticos:** La anotación de estos datos supone la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

## 2. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE LEGAL: (Se cumplimentará si el solicitante no tiene plena capacidad de obrar)

- 2.1 Nombre y Apellidos o Razón Social:** se indicarán el nombre y apellidos o la razón social completa del representante.
- 2.2 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 2.3 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el Número de Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 2.4 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del representante.
- 2.5 Domicilio:** (se hará constar el domicilio del representante). Según lo indicado en el punto 1.6.

## 3. DATOS RELATIVOS AL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS: (Si es diferente al solicitante o representante legal)

- 3.1 Nombre y Apellidos o Razón Social:** se indicará el nombre y apellidos o la razón social completa de la persona o Entidad que asume la obligación del pago.
- 3.2 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 3.3 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el Número de Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 3.4 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del representante.
- 3.5 Código de Cuenta de Cotización (C.C.C.):** Se consignará el que corresponda a la persona o Entidad que asuma el pago.
- 3.6 Domicilio:** (se hará constar el domicilio de la persona o Entidad). Según lo indicado en el punto 1.6.
- 3.7 Nombre y Apellidos del representante:** se indicará el nombre y apellidos completos del representante de la Entidad jurídica.
- 3.8 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 3.9 Número del Documento Identificativo:** se reflejará el Número del Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 3.10 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación.

## 4. REQUISITOS ESPECÍFICOS: (Se cumplimentará en todos los casos)

- 4.1 Grado de Discapacidad:** se indicará el grado que tenga certificado por el Organismo competente.
- 4.2 Tipo de Discapacidad:** Se indicará el tipo de discapacidad que tenga reconocido y que pueda acreditar mediante certificado del Organismo competente.
- 4.3 Fecha de inscripción como demandante de empleo:** se hará constar la fecha que figure en el certificado emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal o por el Servicio Público de la Comunidad Autónoma.
- 4.4 Opción fecha de alta para 2013:** Marcará la opción elegida (válida sólo para 2013)

## 5. DECLARACIÓN (se cumplimentará en todos los casos)

Se deberá marcar, **obligatoriamente** si se encuentra o no incluido en algún régimen de Previsión Social, así como si autoriza a la Tesorería General de la Seguridad Social a comprobar los datos de identidad y de domicilio de residencia en España, a través de la consulta a los sistemas de verificación de datos de identidad y de datos de residencia previstos, respectivamente, en los Reales Decretos 522/2006 y 523/2006, ambos de 28 de abril. Tanto si marca "SI" como si marca "NO" deberá firmar en este apartado el solicitante o representante legal.

## 6. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS (deberá cumplimentar todos los campos)

Mediante la domiciliación del pago de cuotas la Tesorería General de la Seguridad Social efectuará una orden de adeudo a su Banco o Caja para el pago de sus cotizaciones en período voluntario.

Esta domiciliación sólo es válida para el pago de las cotizaciones en período voluntario y regularizaciones por variación de los tipos o bases reglamentarios, nunca para el pago de atrasos.

Su Banco o Caja le adeudará el importe en la cuenta por Vd. Indicada, siendo el último día del mes la fecha en la cual precisa tener la provisión necesaria de fondos.

La Tesorería General de la Seguridad Social le informará del primer mes que le será adeudado en cuenta, estando Vd. Obligado al pago de las cuotas mensuales anteriores a tal mes mediante el boletín de cotización correspondiente que le será suministrado por la Tesorería General de la Seguridad Social.

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

- **Certificado o resolución** emitido por las Direcciones Territoriales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de Ceuta y Melilla o por el Órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.
  - **Certificado** emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal o por el Servicio Público de la respectiva Comunidad Autónoma.
  - **Acreditación** de la representación legal, en su caso.
- En defecto de la autorización solicitada en el punto 5:
- **Documento identificativo** del/de la solicitante y en su caso del representante legal.
  - **Certificado** de alta en el padrón
  - **Ciudadanos extranjeros:** documentación acreditativa del tiempo de residencia legal y continuada en España.



**RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA DE RECONOCIMIENTO DE CONVENIO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TENGAN ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL (TA.0040 PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

TA.0040 Personas con discapacidad (Resguardo) (02-2022)

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL  Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FECHA DE PRESENTACIÓN  
 Día  Mes  Año

Registro de entrada

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el Registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.



**SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA DE RECONOCIMIENTO DE CONVENIO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TENGAN ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL (TA.0040 PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

La solicitud de alta, baja o variación de datos de convenio especial, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el art. 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996 de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL  Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FECHA DE PRESENTACIÓN  
 Día  Mes  Año

De conformidad con lo establecido en el art. 68 de la Ley 39/2015, en un plazo de DIEZ DÍAS, la empresa solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución.

Registro de salida

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el Registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.

TA.0040 Personas con discapacidad (Subsanación) (02-2022)

**Información Básica sobre Protección de Datos del Tratamiento "AFILIACIÓN"**

<b>Responsable</b>	<b>S.G. de Afiliación, Cotización y Recaudación en Periodo Voluntario</b> - Tesorería General de la Seguridad Social
<b>Finalidad</b>	Gestión integrada de la afiliación de trabajadores a la Seguridad Social e inscripción de empresas. Gestión, actualización y consulta de los datos de afiliación de los trabajadores y de las empresas. Hacienda pública y gestión de administración tributaria; trabajo y gestión de empleo; servicios sociales; fines históricos, estadísticos o científicos.
<b>Legitimación</b>	RGPD.- Artículo 6. 1. a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos RGPD.- Artículo 6. 1. e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. RGPD.- Artículo 6. 1. c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
<b>Destinatarios</b>	Inspección de Trabajo y Seguridad Social, Servicio Público de Empleo, FOGASA, Entidades Gestoras de la S.S., Ministerio de Sanidad, Consejerías de Sanidad, Asuntos Sociales, Empleo de CC. AA., Sindicatos, Mutuas; Ministerio de Hacienda (AEAT, INE), Comis. Asist. Jurídica gratuita (juzgados y tribunales), Serv. estadísticos dpto. ministeriales, CC.AA. y EE.LL. Entidades Financieras.
<b>Derechos</b>	Tiene derecho a acceder, rectificar y a oponerse a tratamientos no consentidos así como otros derechos, según se detalla en la información adicional.
<b>Información Adicional</b>	Puede consultar la información detallada sobre protección de datos y este tratamiento, en nuestra sede electrónica: <a href="https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Inicio/informacionUtil/SS-Proteccion_de_datos/">https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Inicio/informacionUtil/SS-Proteccion_de_datos/</a>