

SOLICITUD DEL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO/COMPLEMENTO POR MATERNIDAD

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

En aquellos supuestos en los que la persona interesada necesite medidas de apoyo que requieran la intervención de un guardador de hecho, o en su caso, de un curador/defensor judicial, cumplimente también el apartado de los datos personales correspondiente. De igual forma, en aquellos casos en los que la petición no se formule en nombre propio sino a través de representante deberá cumplimentar el apartado correspondiente.



SOLICITUD DEL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO/ COMPLEMENTO POR MATERNIDAD

Puede realizar 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 enviar un ejemplar firmado por correo ordinario o presentarlo en una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina solicitando cita previa en <https://run.gob.es/xnka31ad>, o a través de la aplicación móvil "*ISM en tu bolsillo*".

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| | | | |
|-----------------|------------------|--------|---------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI-NIE |
|-----------------|------------------|--------|---------|

SOLICITUD PRESENTADA POR PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|----------------------------------|--------------|--|------|--------|---------------|----------------|
| GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/> | | GUARDADOR DE HECHO JUDICIAL <input type="checkbox"/> | | CURADOR <input type="checkbox"/> | | DEFENSOR JUDICIAL <input type="checkbox"/> | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | | Nombre | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | DNI-NIE-Pasaporte | | | Nacionalidad | | | | | |
| Domicilio (calle, 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 | | | | | | | | | | |

SOLICITUD PRESENTADA POR REPRESENTANTE

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--|--|-----------|--------------|----------|------|--------|---------------|----------------|
| REPRESENTANTE <input type="checkbox"/> | | APODERADO INSCRITO EN EL REGISTRO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Primer apellido | | Segundo apellido | | | Nombre | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | DNI-NIE-Pasaporte | | | Nacionalidad | | | | | |
| Domicilio (calle, plaza ...) | | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Código postal | Localidad | | | Provincia | | | País | | | |

Apellidos y nombre:

DNI - NIE:

Indique qué complemento solicita:

Complemento para la reducción de la brecha de género Complemento por maternidad

Indique la pensión, o en su caso las pensiones, de las que sea titular:

Jubilación Incapacidad permanente Viudedad

Indique para qué hijos (sólo se consideran los hijos biológicos y adoptados) solicita el complemento:

| | Hijo 1 | Hijo 2 | Hijo 3 | Hijo 4 | Hijo 5 | Hijo 6 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nombre | | | | | | |
| 1er apellido | | | | | | |
| 2º apellido | | | | | | |
| DNI/NIE | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | |
| Fecha resolución adopción | | | | | | |

Datos del otro progenitor, adoptante o acogedor⁽¹⁾

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| NO EXISTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FALLECIDO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre | | | | | | |
| 1er apellido | | | | | | |
| 2º apellido | | | | | | |
| DNI/NIE | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | |
| Sexo | | | | | | |

(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 **DECLARO**, que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Social de la Marina 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 reconocida.

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 reconocida.

El Instituto Social de la Marina 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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

| | |
|------------------------------|---|
| RESPONSABLE | Instituto Social de la Marina (ISM) |
| FINALIDAD | Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del ISM |
| 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 de 20
Firma

SOLICITUD DEL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO/COMPLEMENTO POR MATERNIDAD

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

- 1.- 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
- 2.- 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.
- 3.- En todo caso (salvo que los hubiera presentado con anterioridad):
 - 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.

(*) 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 | <p><i>¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?</i></p> <p>Subdirector/a General de Seguridad Social de los Trabajadores del Mar C/ Génova,20 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p> |
| DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS | <p><i>¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Jefe del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta CP 28020 Madrid, ESPAÑA delegado.protecciondatos@seg-social.es</p> |
| FINALIDAD DEL TRATAMIENTO | <p><i>¿Para qué utilizaremos sus datos?</i></p> <p>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.</p> <p>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.</p> <p>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.</p> |
| LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO | <p><i>¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?</i></p> <p>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).</p> <p>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.</p> |
| DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS | <p><i>¿A quién comunicaremos sus datos?</i></p> <p>Los datos personales obtenidos por el Instituto Social de la Marina 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.</p> <p>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.</p> |
| DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS | <p><i>¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?</i></p> <p>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 una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina 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.</p> <p>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.</p> |
| PROCEDENCIA | <p><i>¿Cómo obtenemos sus datos personales?</i></p> <p>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.</p> |