



Solicitud de disfrute en múltiples períodos de la prestación por nacimiento y cuidado de menor

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 Progenitor solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	Sexo	Hombre Mujer
DNI - NIE - Pasaporte	Nº de la Seguridad Social	Nacionalidad
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)	Número	Bloque Escalera Piso Puerta Teléfono móvil
Código postal	Localidad	Provincia
Correo electrónico		

1.2 Datos identificativos del otro progenitor distinto del solicitante ⁽¹⁾

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI - NIE - Pasaporte	Nº de la Seguridad Social	

1.3 Del representante legal (persona que presta medidas de apoyo a personas con discapacidad o menores) ⁽²⁾

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-CIF/NIF
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)	Número	Bloque Escalera Piso Puerta Teléfono móvil	
Código postal	Localidad	Provincia	
Correo electrónico			

(1) El apartado 1.2 solo debe cumplimentarse de manera obligatoria en caso de haber tenido dos o más hijos por parto múltiple, o en casos de adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento de dos o más menores simultáneamente, o si al solicitante le es de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público a efectos de esta prestación.

(2) Si la petición no se formula en nombre propio, sino a través de representante, se cumplimentará el apartado 1.3 DEL REPRESENTANTE LEGAL, o el apartado 1.4 DEL REPRESENTANTE VOLUNTARIO, indicando el tipo de representación y a quién representa.

1.4 Del representante voluntario ⁽²⁾

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-CIF/NIF

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

Código postal Localidad Provincia

Correo electrónico

2. SOLICITUD DEL SIGUIENTE PERIODO DE DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN ⁽³⁾ (tenga en cuenta que una vez reconocido el periodo solicitado no se podrá modificar) (No solicitar con más de 15 días de antelación a la fecha de inicio del periodo)

2.1 Nacimiento y cuidado de menor en caso de parto/adopción/guarda con fines de adopción/acogimiento

Fecha inicio Fecha fin

¿Va a disfrutar del descanso a tiempo parcial? SÍ NO

Porcentaje de la jornada de trabajo ⁽⁴⁾ %

(3) Recuerde que su empresa no podrá certificar ese periodo hasta el día en que se inicie el descanso.

(4) El cálculo se efectuará dividiendo las horas semanales acordadas en jornada parcial por las horas semanales realizadas con anterioridad en jornada completa. El resultado se multiplicará por 100. SI ES TRABAJADOR/A POR CUENTA PROPIA, la parcialidad sólo podrá efectuarse en un porcentaje del 50 por 100, en aplicación de lo dispuesto en el apartado 8 de la disposición adicional primera del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

3. DATOS BANCARIOS (RELLENAR SOLO EN CASO DE CAMBIO DE CUENTA)

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

[illegible]

PAGO EN EL EXTRANJERO ⁽⁵⁾

País

BIC/SWIFT⁽⁵⁾

CÓDIGO IBAN

Nombre entidad bancaria

Domicilio de la sucursal

4. CONSENTIMIENTO TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA

OTORGO mi consentimiento, válido por esta única vez, para la identificación y autenticación por funcionario público habilitado o mediante un tratamiento automatizado del Instituto Nacional de la Seguridad Social para la realización electrónica de este trámite.

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

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

Firma de la persona solicitante,

a de de 20

(5) Exclusivamente para residentes en el extranjero

Solicitud de disfrute en múltiples períodos de la prestación por nacimiento y cuidado de menor

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

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/noti](https://info.seg-social.es/noti).

Documentos requeridos por la administración

1. ☐ En caso de representación:

- ☐ Certificado de empadronamiento o documentación acreditativa de convivencia en caso de guarda de hecho.
- ☐ Documentación acreditativa de la representación.

2. ☐ Certificado de empresa.

3. ☐ Autónomos: declaración situación de la actividad.

4. ☐ 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>.

RECIBÍ:

Firmado:



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.