



Comunicación da empresa: solicitude ao INSS para cambiar a prestación por incapacidade temporal a pagamento directo (Empresa con menos de dez traballadores e máis de seis meses consecutivos de baixa da persoa traballadora)⁽¹⁾

Pode realizar este trámite no Portal de Prestacións da Seguridade Social (<https://prestacions.seg-social.es>), por correo ordinario cun exemplar asinado, ou en persoa nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social solicitando cita nos teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 ou en <https://inss.seg-social.es/cita>.

1. DATOS REFERIDOS Á EMPRESA

1.1 Datos da empresa

Nome ou razón social					NIF-CIF	
Código conta cotización	Enderezo habitual: (rúa, praza ...)	Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia			Teléfono	
Correo electrónico				Réxime da Seguridade Social		
Entidade responsable das contingencias comúns						
Entidade responsable das contingencias profesionais						
Número de traballadores/as (menos de dez)						
Pagamento delegado da prestación por IT do/a traballador/a (máis de 6 meses consecutivos), de		a				

1.2 Datos do empresario ou representante da empresa que solicita o cambio ao pagamento directo do subsidio por incapacidade temporal da persoa traballadora

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	DNI-NIE-Pasaporte
Cargo ocupado na empresa:			
En calidade de: ⁽²⁾			
Empresario individual (Autónomo)	<input type="checkbox"/>		
Administrador único	<input type="checkbox"/>		
Apoderado legal	<input type="checkbox"/>		

2. DATOS DA PERSOA TRABALLADORA⁽³⁾

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	DNI-NIE-Pasaporte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAF/Número da Seguridade Social	<input type="text"/>		
Tipo de contrato:	Xornada completa <input type="checkbox"/>	Xornada parcial <input type="checkbox"/>	Fixo discontinuo <input type="checkbox"/>
Data da baixa médica:	<input type="text"/>	derivada de:	Doenza común <input type="checkbox"/>
			Accidente non laboral <input type="checkbox"/>
			Accidente de traballo <input type="checkbox"/>
			Enfermidade profesional <input type="checkbox"/>

SOLICITA

Que, notificado con antelación e forma e cumpríndose os requisitos establecidos na Orde do 25 de novembro de 1966, que regula a colaboración das empresas na administración do Réxime Xeral da Seguridade Social, esta empresa solicita o cesamento do pago delegado da prestación por incapacidade temporal do traballador/a arriba mencionado/a, e que o abono se efectúe por **PAGAMENTO DIRECTO** desde o INSS a partir do

DECLARO

Que a información contida neste documento é certa e **AUTORIZO** a Administración a consultar, contrastar e verificar os meus datos persoais e os das persoas mencionadas neste documento, coa garantía de confidencialidade no caso de acceso informatizado a tales datos.

Sinatura

o de do 20

- (1) As empresas con menos de dez traballadores que leven abonando a un deles unha prestación económica por incapacidade temporal, calquera que sexa a súa causa, durante máis de seis meses **consecutivos** poderán, en calquera momento, transferir a obriga de efectuar os pagamentos directos ao INSS ou á mutua colaboradora coa Seguridade Social a través da cal veñan realizando tales pagamentos. A transferencia da obriga mencionada deberá surtir efecto ao comezo dun mes natural e deberá notificarse ao organismo competente **polo menos quince días antes** (Artigo 16.2 da Orde do 25 de novembro de 1966, pola que se regula a cooperación das empresas na administración do Réxime Xeral da Seguridade Social).
- (2) Debe presentar os documentos orixinais que demostren a autoridade do solicitante para actuar en nome da empresa, así como un DNI, NIE ou pasaporte en vigor.
- (3) Por favor, lembre entregar unha copia deste documento, xunto co rexistro de entrada, ao seu traballador, para que poida presentalo ao solicitar ao INSS o pagamento directo da prestación.