



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE EMPLEO  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



## CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D/Dª ..... con DNI - NIE - pasaporte .....

que desempeña en la empresa el cargo de .....

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

### 1.- DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social				Código de Cuenta de Cotización				
Domicilio				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad			Provincia			Teléfono	

### 2.- DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Apellidos y nombre					DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad			Provincia					
Número de la Seguridad Social		Fecha de inicio de la jornada reducida			Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)(1)				

### 3.- DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)				
Base de contingencias profesionales		Número de días	Observaciones	
b) Cotizaciones de los doce meses inmediatamente anteriores.				
Por horas extraordinaria		Por otros conceptos		Observaciones
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al de reducción de jornada.				
Año				
TOTALES				

..... a ..... de ..... de 20 .....

Firma y sello

1) Reducción efectuada por aplicación, en su caso, del artículo 37.5, párrafo tercero, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.