

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ESPECIAL

N ° EXPEDIENTE:

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE		DNI/ NIE
Teléfonos	Domicilio	
Código Postal	Localidad y provincia	

2. SITUACIÓN DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN ACTUAL DEL TRABAJADOR	
<input type="checkbox"/> Baja médica <input type="checkbox"/> Alta con curación <input type="checkbox"/> Pendiente de Resolución <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Paro <input type="checkbox"/> Finalizó contrato <input type="checkbox"/> Trabaja	
Tipo de contrato (De estar en activo)	Profesión
Ingresos brutos mensuales del trabajador	Incapacidad reconocida o previsible
Fecha del accidente de trabajo o E.P.	Secuelas o lesiones
¿Ha percibido o percibirá otra indemnización por el accidente?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indicar fecha: Importe:	
<input type="checkbox"/> Por Convenio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Por domiciliación de nómina <input type="checkbox"/> Circulación <input type="checkbox"/> Otros	

3. MIEMBROS QUE COMPONEN LA UNIDAD FAMILIAR (sin incluir al trabajador)

Apellidos y nombre	Edad	Parentesco	Estado civil	Actividad actual	Ingresos brutos mensuales

4. PETICIÓN QUE SE REALIZA

Cuantía	
Motivo y destino de la ayuda (Presentar hoja aparte, en caso de ser necesario)	

5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL SOLICITANTE

<p>D.N.I. del solicitante Última declaración de la renta Justificante de las lesiones o secuelas: informe médico actual, resolución o sentencia. Justificantes de los ingresos de los miembros de la unidad familiar (recibo de nómina, recibo de prestación de Incapacidad Temporal o de Incapacidad Permanente, notificación del I.N.S.S. de la revalorización de pensión, certificado del Servicio Público de Empleo etc. (según cada caso) Presupuesto o facturas del coste de lo solicitado. Cuanto se crea pertinente para demostrar la situación que se plantea.</p>
--

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso se dé curso a mi petición de Prestación Especial.

Lo que se declara a los efectos oportunos en _____ a _____ de _____ de 20____
Firma del solicitante:

Para cualquier información adicional puede contactar con Amaia Ibáñez Primo, Trabajadora Social de Mutua Navarra.

De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos serán incluidos en nuestros ficheros automatizados con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, puede dirigirse mediante escrito a Mutua de Navarra - Polígono de Landaben Calle F nº 4 - 31012 - Pamplona.