

Solicitud para la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

1.- Datos personales del solicitante

Apellidos y nombre					
DNI / NIE/ Pasaporte		Teléfono fijo:			
		Teléfono móvil:			
		Correo electrónico:			
¿Desea recibir información de forma telemática? (a través de SMS o correo electrónico) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Le informamos que Mutua Navarra podrá utilizar estos datos para sus comunicaciones haciéndose usted responsable de su recepción con los efectos que de ello se deriven					
Domicilio		Nº	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia		
Relación con el menor		Es familia monoparental			
Progenitor	Acogedor preadoptivo / permanente	Tutor	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

2.- Datos del otro progenitor / adoptante / acogedor

Apellidos y nombre	
DNI / NIE / Pasaporte	Pertenece en razón de su actividad al:
	<input type="checkbox"/> Régimen General de la SS
	<input type="checkbox"/> Régimen Especial de
	<input type="checkbox"/> Otros

3.- Datos del menor

Apellidos y nombre	DNI-NIE-pasaporte
--------------------	-------------------

4.- Datos fiscales

Tipo voluntario de retención del IRPF	% Por defecto se aplicará un 2% por tener al menos un hijo a cargo. No se aceptará un porcentaje inferior
---------------------------------------	---

5.- Datos sobre otras prestaciones

¿Ha recibido ayudas de otros organismos con la misma finalidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

DECLARO – bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

En _____ a _____ de _____ de 201