

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

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de la prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano, utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

D./Dña. _____ con DNI/NIE/Pasaporte N° _____ que desempeña en la empresa el cargo de _____

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

1. DATOS DE LA EMPRESA			
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / /	
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO			

2. DATOS DEL TRABAJADOR				
APELLIDOS Y NOMBRE		Nº AFILIACIÓN S.S. / /		DNI/NIE/PASAPORTE
PROFESIÓN	GRUPO COTIZACIÓN	TIPO/COD. CONTRATO	FECHA INICIO JORNADA REDUCIDA / /	PORCENTAJE REDUCCIÓN (1) %

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA				
3.1 CUMPLIMENTE LAS BASES DE COTIZACIÓN SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES (2)				3.2 HORAS EXTRA Y OTROS CONCEPTOS (AÑO ANTERIOR A HECHO CAUSANTE)
AÑO	MES	DÍAS COTIZADOS	BASE COTIZACIÓN Contingencias Profesionales (3)	
TOTALES				
TIPO		COTIZACIÓN JORNADAS REALES MES ANTERIOR		SALARIO REAL
FIJO	<input type="checkbox"/>			
EVENTUAL	<input type="checkbox"/>			

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma y sello

En _____ a _____ de _____ de 20__

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de su solicitud.

Información básica sobre privacidad

El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la tramitación y la gestión de su solicitud, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. + info. sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas publicada en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>.



INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- (1) Será mínimo un 50%. Reducción afectada por aplicación, en su caso, del artículo 37.5 párrafo tercero, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- (2) Instrucciones de cumplimentación del apartado 3.1 (COTIZACIONES)
 - 2.1 Para personas fijas discontinuas o con jornada a tiempo parcial, se consignarán las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la fecha de inicio de la reducción de jornada.
 - 2.2 En el resto de casos, se consignará la base de cotización del mes anterior a la fecha de inicio de la reducción de jornada.
- (3) Se excluirán de las bases de cotización las percepciones por horas extraordinarias.