

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

TRABAJOS EN EL EXTRANJERO.- Pida la solicitud de Reglamentos Comunitarios si ha trabajado en algún país de la Unión Europea, o Suiza, Noruega, Islandia o Liechtenstein; o de Convenios bilaterales si ha trabajado en Andorra, Argentina, Australia, Bolivia, Brasil, Cabo Verde, Canadá, Chile, Colombia, Corea del Sur, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Filipinas, Japón, Marruecos, México, Moldavia, Paraguay, Perú, República Dominicana, Rusia, Túnez, Ucrania, Uruguay o Venezuela.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- 1.- DATOS PERSONALES.-** En aquellos supuestos en los que para formular la solicitud la persona interesada necesite medidas de apoyo que requieran la intervención de un guardador de hecho, o en su caso, de un curador/defensor judicial, cumplimente también el apartado de los datos personales del punto 1.2. En el caso de que la petición no se formule en nombre propio sino a través de representante cumplimente el apartado 1.3.
Si el interesado está acogido en algún Centro oficial o privado que actúa como guardador, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director, secretario, administrador, etc.).
Los datos sobre separación y divorcio son información operante a efectos fiscales (cálculo del porcentaje de retención de IRPF de la prestación) excepto en los Territorios Forales.
- 2.- OTROS DATOS.-** La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida. El DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro domicilio distinto del suyo habitual.
- 3.- DATOS PROFESIONALES.-** Sea lo más conciso posible al poner esta información.
- 4.- DATOS SOBRE PARTOS, COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO, COMPLEMENTO POR MATERNIDAD, Y CUIDADO DE HIJOS Y MENORES ACOGIDOS.**
RECONOCIMIENTO DE DÍAS COTIZADOS POR PARTO: exclusivamente cuando la persona interesada sea mujer, se podrán computar como periodo cotizado 112 días por cada parto y aborto de más de 6 meses aunque no se estuviese en situación de activo. Todos ellos deben figurar inscritos en el Registro Civil para producir efectos.
BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS O MENORES: se podrá computar como periodo cotizado, a todos los efectos excepto para alcanzar el periodo mínimo de cotización, un determinado número de días por el periodo comprendido entre la interrupción de la cotización por extinción de la relación laboral o fin de desempleo entre los 9 meses antes del nacimiento con vida (o los 3 meses antes de la resolución judicial de adopción o la decisión administrativa o judicial de acogimiento) y la finalización del sexto año posterior al nacimiento, adopción o acogimiento. Sólo se reconocerá a un progenitor, por lo que en caso de controversia se otorgará el derecho a la madre.
COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO: para pensiones causadas a partir de 4/2/2021, si se cumplen los requisitos establecidos legalmente, se podrá reconocer, siempre que se solicite, un complemento para la reducción de la brecha de género a los hombres o mujeres que hayan tenido uno o más hijos nacidos con vida o adoptados cuyo nacimiento o adopción se hubiera producido con anterioridad a la fecha del posible reconocimiento de la prestación.
- 5.- DATOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA.** Alcanzada la edad ordinaria de jubilación, solo se puede acceder a esta prestación por contingencias comunes si, acreditados los requisitos necesarios para tener derecho a la misma, no se reúne el período mínimo de cotización exigido para acceder a la pensión de jubilación.
INCREMENTO DEL VEINTE POR CIENTO: Para el caso de que le fuera reconocida una pensión de incapacidad permanente total (salvo que dicho reconocimiento derive de una contingencia común y se produzca alcanzada la edad ordinaria de jubilación) y, siendo mayor de 55 años, no tuviera empleo ni va a trabajar en otra profesión o actividad compatible y/o mantener la titularidad de su establecimiento mercantil, su pensión se podrá incrementar en un 20%. Para solicitar este incremento deberá cumplimentar el apartado 5.2. del formulario de solicitud.
A EFECTOS DE COMPLEMENTOS PARA PENSIONES INFERIORES A LA MÍNIMA: reseñe los ingresos que usted o su cónyuge previsiblemente vayan a obtener en el año en curso y que se correspondan con los conceptos que se indican en las casillas.
A EFECTOS FISCALES: necesarios para calcular correctamente la retención por IRPF. Su declaración es voluntaria y puede optar por suministrar estos datos directamente a la administración tributaria; si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con esa finalidad.
- 6.- ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar la prestación y no vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
- 7.- DATOS BANCARIOS.-** Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta bancaria. El titular de la cuenta deberá ser en todo caso el interesado, aun cuando necesite medidas de apoyo judiciales. El error o la falta de este dato impediría el pago de la prestación que, en su caso, pudiera reconocerse. Debe indicar el BIC (Código Internacional de Banco) y también el número de IBAN que es el equivalente a su número de cuenta corriente. Puede encontrarlo en todos los recibos y comunicaciones que le envía su entidad bancaria actualmente. Si reside en el extranjero y quiere recibir allí el pago, debe aportarnos todos los datos de su entidad bancaria en ese país mediante los correspondientes códigos internacionales.



INCAPACIDAD PERMANENTE

¿Ha trabajado usted en el extranjero? SÍ NO . En caso afirmativo, antes de continuar con este impreso compruebe si debe solicitar otro diferente.

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

1. DATOS PERSONALES

1.1 SOLICITANTE												
Primer apellido				Segundo apellido				Nombre				
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil actual		Necesita medidas de apoyo SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				DNI - NIE - Pasaporte				
Día	Hombre <input type="checkbox"/>	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, cumplimente el apartado 1.2				Nº de la Seguridad Social				
.....		Casado/a	<input type="checkbox"/>									
Mes	Mujer <input type="checkbox"/>	Viudo/a	<input type="checkbox"/>	Tiene reconocida discapacidad SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Nacionalidad				
.....		Separado/a legalmente	<input type="checkbox"/>									
Año		Divorciado/a	<input type="checkbox"/>					Teléfono fijo				
.....				Domicilio habitual: (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono móvil
Código postal		Localidad		Provincia				País				
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indique su dirección												
1.2 SOLICITUD PRESENTADA POR PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD												
GUARDADOR DE HECHO <input type="checkbox"/>		GUARDADOR DE HECHO JUDICIAL <input type="checkbox"/>			CURADOR <input type="checkbox"/>		DEFENSOR JUDICIAL <input type="checkbox"/>					
Primer apellido				Segundo apellido				Nombre				
Fecha de nacimiento				DNI - NIE - Pasaporte				Nacionalidad				
Domicilio habitual: (calle o plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil		
Código postal		Localidad		Provincia				País				
Si actúa en nombre de una entidad pública, indique: cargo que ostenta												
Nombre o razón social								CIF/NIF				
1.3 SOLICITUD PRESENTADA POR REPRESENTANTE												
REPRESENTANTE <input type="checkbox"/>		APODERADO INSCRITO EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO DE APODERAMIENTOS <input type="checkbox"/>										
Primer apellido				Segundo apellido				Nombre				
Fecha de nacimiento				DNI - NIE - Pasaporte				Nacionalidad				
Domicilio habitual: (calle o plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil		
Código postal		Localidad		Provincia				País				

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - Pasaporte

②

2. OTROS DATOS

2.1	LENGUA OFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:						
2.2	DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (sólo si es distinto del domicilio habitual)						
Domicilio (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Código postal	Localidad				
Provincia			País		Apdo. de correos		

3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL

1) Última profesión que ha ejercido	Tareas que realizaba
.....
2) Otras profesiones:	
3) En caso de ser trabajador autónomo indique si ha tenido trabajadores a cargo: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, indique la identificación jurídica de la empresa:	
¿Ha cotizado alguna vez al Régimen de Clases Pasivas del Estado? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

En el caso de tener hijos rellene el punto 4, de no ser así acuda directamente al punto siguiente (punto 5).

4. DATOS PARA SOLICITAR EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS, Y EL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO Y DÍAS COTIZADOS POR PARTO

		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Datos del hijo o menor	Nombre						
	1º apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Fecha de resolución de adopción o acogimiento						
	Fecha de aborto (de más de 6 meses de gestación)						
Solicita el beneficio por cuidado de hijos/adoptados o menores acogidos. Marque los hijos o menores por los que solicita el beneficio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solicita el complemento para la reducción de la brecha de género. Marque los hijos por los que solicita el complemento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solicita el reconocimiento de los días por parto (solicitante mujer). Marque los hijos por los que solicita los días por parto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumplimente los datos del otro progenitor en caso de solicitar: - El complemento para la reducción de la brecha de género - El beneficio por cuidado de hijos o menores acogidos (solicitante hombre)							
Datos del otro progenitor, adoptante o acogedor (1)	NO EXISTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FALLECIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre						
	1º apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Sexo						
Firma del otro progenitor (2)							

(1) Si es el mismo en todos los casos cumplimente únicamente los datos del primero de los hijos o menores. Si no existe o ha fallecido marque la casilla.

(2) Firma del otro progenitor, adoptante o acogedor dando conformidad para que el beneficio por cuidado de hijos se aplique a favor del titular de esta prestación (salvo en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo).

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - Pasaporte

④

5. DATOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN SOLICITADA

5.1	SOBRE LA CONTINGENCIA:					
Enfermedad común <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente no laboral <input type="checkbox"/>						
5.2	EN CASO DE RECONOCERSE LA PRESTACIÓN:					
Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
En la Administración <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena <input type="checkbox"/>						
Va a ser titular, propietario/a o arrendatario/a: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
De explotación agraria <input type="checkbox"/> De explotación marítimo pesquera <input type="checkbox"/> De establecimiento abierto al público <input type="checkbox"/>						
Si la respuesta anterior es NO y actualmente no tiene empleo, es mayor de 55 años y, en caso de enfermedad común o accidente no laboral, no ha cumplido la edad de jubilación, indique si solicita el incremento del 20% en el supuesto de que se le reconociera una pensión de incapacidad permanente total: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
5.3	DATOS DE INGRESOS					
Ingresos, computados de acuerdo con la legislación fiscal, que previsiblemente, y al margen de la pensión solicitada, obtendrán el interesado (I) y su cónyuge (C) durante todo el año actual, distintos de los obtenidos por el trabajo para el que ha de valorarse la incapacidad. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, cumplimente esa cantidad descontando los que obtuvo por dicho trabajo; en caso de que usted ya sea perceptor de una pensión pública nacional, no incluya el importe percibido por la misma. Para el estudio del derecho al complemento a mínimos, deben rellenarse todas las casillas de ingresos. En caso de no tener rentas de alguno de los tipos solicitados, debe indicarlo con cero (0) en el apartado correspondiente.						
Perceptor	Rendimientos netos de trabajo	Rendimientos netos de actividades económicas	Rendimientos brutos de capital mobiliario y/o netos de inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones de Organismos Extranjeros (importe íntegro)	
					Importe	País
I	€	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	€	
5.4	DATOS DEL CÓNYUGE					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
DNI - NIE - Pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Nº de Seguridad Social		
5.5	DATOS DE ASCENDIENTES Y DESCENDIENTES A EFECTOS FISCALES QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO/A					
Debe incluir exclusivamente la información de ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad con discapacidad) que conviven con usted durante al menos la mitad del año y descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad con discapacidad) que conviven con usted y, en ambos casos, siempre que no tengan rentas anuales superiores a 8.000 euros.						
	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3	Familiar 4	Familiar 5	Familiar 6
Parentesco						
Fecha de nacimiento						
Discapacidad	Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 33% e inferior al 65% <input type="checkbox"/>
	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>	Igual o superior al 65% <input type="checkbox"/>
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si descendiente: Año adopción/acogimiento (1)						
Convive también con el otro progenitor	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si ascendiente: Nº hijos/nietos con los que convive durante el año (incluido Vd.)						

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año de acogimiento.

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - Pasaporte

5

5.6 DATOS DEL INTERESADO/A A EFECTOS FISCALES

Si está en territorio común y desea un tipo voluntario de retención por IRPF indique cuál: ... %
Tiene reconocida discapacidad ... Igual o superior al 33% e inferior al 65%
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida ... SÍ NO
Cuantía anual de pensión compensatoria ... €
Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: ... €
Si está pagando préstamos por adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual desde antes del 01/01/2013 y sus rendimientos de trabajo anuales, incluida ésta y otras pensiones, son inferiores a 33.007,20 €, marque este recuadro ...

Si su domicilio está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:
Tabla general Nº de hijos
Tabla de pensionistas
Tipo voluntario: %

6. ALEGACIONES:

7. DATOS BANCARIOS

EL TITULAR DE LA CUENTA DEBE SER LA PERSONA INTERESADA, SALVO QUE PRESENTE RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE EXPRESAMENTE LE AUTORICE AL COBRO A LA PERSONA QUE PRESENTA MEDIDAS DE APOYO. EL ERROR O LA FALTA DE ESTE DATO IMPEDIRÍA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN:

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)
TITULAR PERSONA QUE PRESTA MEDIDAS DE APOYO
BIC:
Código IBAN (antigua cuenta corriente)
CÓDIGO PAÍS ENTIDAD OFICINA/SUCURSAL DÍG. CONTROL NÚMERO DE CUENTA
PAGO EN EL EXTRANJERO
Cheque Transferencia País
BIC: IBAN: CCC:

DECLARO, que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

- SÍ doy mi consentimiento
NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto que ha facilitado para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento
NO doy mi consentimiento

Table with 2 columns: Field Name and Description. Fields include RESPONSABLE, FINALIDAD, LEGITIMACIÓN, DESTINATARIOS, DERECHOS, PROCEDENCIA, and INFORMACIÓN ADICIONAL.

....., a de del 20.....
Firma

Si va a presentar esta solicitud por internet no es necesario que firme este formulario

20240613

INC-17 cas V.41



Registro INSS

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre: DNI - NIE - Pasaporte 6

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

- A INSTANCIA DE:**
- ENTIDAD COLABORADORA TRABAJADOR
 SERVICIO PÚBLICO DE SALUD INSPECCIÓN DE TRABAJO
 INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

**DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA
FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:**

- 1 DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
 - Solicitante.
 - Guardador de hecho.
 - Curador/defensor judicial.
 - Representante.
 - Cónyuge.
- 2 Resolución o autorización judicial.
- 3 Certificado de empadronamiento o documentación acreditativa de convivencia en caso de guarda de hecho.
- 4 Documentación acreditativa de la representación.
- 5 Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 6 Certificado empresarial de salarios reales.
- 7 Libro de familia, Certificación literal o Actas de matrimonio que acrediten diversas circunstancias (parentesco, nacimientos, abortos).
- 8 Auto judicial o certificado de acogimiento familiar.
- 9 Tarjeta de Identidad de Extranjeros o Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros.
- 10 Otros documentos:

Recibí

Firma

**DOCUMENTOS QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE LA
PERSONA INTERESADA PARA COMPLETAR DATOS:**

- 1
- 2
- 3
- 4

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números:

Firma

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

DILIGENCIA: A la vista de los siguientes documentos:

.....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos aportados o exhibidos por el interesado/a.

Firma

Cargo y nombre del funcionario

Fecha Lugar

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN (*)

1.- EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del solicitante, guardador de hecho/curador/defensor judicial, representante y demás personas que figuran en este documento mediante la siguiente documentación:
 - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
 - Extranjeros residentes o no residentes en España: TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero); o Pasaporte (o, en su caso, documento de identidad vigente en su país) y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la AEAT a efectos de pago.
- En aquellos supuestos en los que la solicitud haya sido presentada por una persona que presta medidas de apoyo a personas con discapacidad, la documentación acreditativa correspondiente. En caso de guardador de hecho, certificado de empadronamiento o documentación que acredite convivencia; en caso curador/defensor judicial, la resolución judicial.
- Documentación acreditativa de la representación. Los apoderados inscritos en el registro electrónico de apoderamientos no necesitan acompañar documento acreditativo.
- En aquellos supuestos en los que la persona que presta medidas de apoyo sea cobrador debe presentar lo resolución judicial que expresamente autorice al cobro.

2.- EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Parte administrativo de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- Certificado empresarial de salarios reales del año anterior.

3.- A EFECTOS DE COMPLEMENTOS PARA PENSIONES INFERIORES A LA MÍNIMA

- En el caso de extranjeros residentes en España: certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros o Tarjeta de Identidad de Extranjeros.
- Libro de familia, actas del Registro Civil o certificado oficial que acrediten el parentesco del cónyuge con el interesado/a, en su caso.

4.- PARA ACREDITAR OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- Certificado del Registro Civil o Libro de familia, resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento que acrediten, según el caso, los nacimientos, abortos, adopciones o acogimientos que haya alegado. En el caso de adopciones internacionales constituidas por autoridades extranjeras deberá acreditarse que han surtido efectos en España con arreglo a las disposiciones de la Ley de Adopción Internacional.
- Personal de las Fuerzas Armadas y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Resolución de la autoridad competente del Ministerio de Defensa o del Interior declarativa del cese en la relación de servicios profesionales, junto con la historia clínica, informe médico de síntesis y dictamen evaluador de las condiciones psicofísicas. Además, en su caso, resolución del órgano competente del Ministerio de Defensa o del Interior declarativa de que la incapacidad permanente se ha producido en acto de servicio, y certificación de la Dirección General de Personal correspondiente del importe mensual y anual de la pensión extraordinaria que, en la fecha de cese de la relación de servicios, hubiera correspondido de haberse aplicado el Régimen de Clases Pasivas del Estado.

(*) Si los documentos han sido emitidos por organismos extranjeros, será necesario que cumplan los requisitos de legalización para ser válidos en España

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con lo establecido en el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo por el que se establece la duración de los plazos para la resolución de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de prestaciones en materia de Seguridad Social (BOE del 8-4-2003), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 135 días contados desde la fecha en que el formulario ha tenido entrada en el registro electrónico de este Organismo o, en su caso, desde la fecha del acuerdo de iniciación.

Transcurrido dicho plazo sin haber sido notificada la resolución, podrá entender que su petición ha sido desestimada por silencio administrativo y, cuando esta Entidad esté obligada a proceder de oficio, podrá solicitar que se dicte resolución, teniendo esta solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<http://sede.seg-social.gob.es>), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en www.seg-social.es.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos de identificación del titular y, en su caso, del guardador de hecho/curador/defensor judicial, del representante, así como acreditación de la representación: se entenderá que desiste de su petición, previa resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE del 2-10-2015).
- Resto de documentos: se resolverá la prestación de acuerdo a los datos que consten en el expediente (artículo 73.3 de la Ley 39/2015).

No obstante, en caso de que se reconociera el derecho a la prestación, no podría realizarse el pago si no se ha cumplimentado el apartado correspondiente a "DATOS BANCARIOS"

El funcionario podrá requerir documentación complementaria si la normativa aplicable lo exigiera, y usted podrá aportar cualquier otro documento que estime conveniente (artículo 28.1 de la Ley 39/2015).

RECUERDE:

Si se le reconociera la prestación y comenzara a trabajar o se produjera alguna variación en los datos debe comunicarlo a esta Entidad Gestora por cualquiera de las vías indicadas anteriormente.

Si desea que las notificaciones que le remite la Seguridad Social se realicen a partir de ahora tan solo por medios electrónicos, comuníquenoslo en el servicio de desistimiento del canal postal en <http://run.gob.es/sckwao>.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?</i></p> <p>Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<p><i>¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta CP 28020 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Para qué utilizaremos sus datos?</i></p> <p>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.</p> <p>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.</p> <p>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.</p>
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	<p><i>¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?</i></p> <p>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).</p> <p>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.</p>
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	<p><i>¿A quién comunicaremos sus datos?</i></p> <p>Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.</p> <p>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.</p>
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	<p><i>¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?</i></p> <p>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.</p> <p>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p>
PROCEDENCIA	<p><i>¿Cómo obtenemos sus datos personales?</i></p> <p>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.</p>