

**PROTECCIÓN DE DATOS.** - A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E. del 14-12-1999), de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994. Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 15/1999.

## INSTRUCCIONES

### GENERALES

- El documento deberá cumplimentarse a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras.
- Los espacios en gris deben cumplimentarse por la Administración de la Seguridad Social.
- Este documento se utilizará para efectuar las solicitudes de alta para reconocimiento de convenio especial para personas con discapacidad que tengan especiales dificultades de inserción laboral.

### 1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE: (Se cumplimentará en todos los casos)

- 1.1 Nombre y Apellidos:** se indicarán el nombre y apellidos completos de la persona con discapacidad para la que se solicita el alta, baja, variación de datos, suspensión, reanudación o extensión del convenio especial.
- 1.2 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del/de la solicitante.
- 1.3 Fecha de nacimiento:** se indicará la fecha de nacimiento completa del/de la solicitante.
- 1.4 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 1.5 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el Número de Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 1.6 Domicilio:** se hará constar el domicilio de residencia habitual del/de la solicitante. Las denominaciones del nombre de la vía pública y del municipio/entidad de ámbito territorial inferior al municipio se anotarán completas.
- 1.7 Datos Telemáticos:** La anotación de estos datos supone la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

### 2. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE LEGAL: (Se cumplimentará si el solicitante no tiene plena capacidad de obrar)

- 2.1 Nombre y Apellidos o Razón Social:** se indicarán el nombre y apellidos o la razón social completa del representante.
- 2.2 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 2.3 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el Número de Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 2.4 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del representante.
- 2.5 Domicilio:** (se hará constar el domicilio del representante). Según lo indicado en el punto 1.6.

### 3. DATOS RELATIVOS AL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS: (Si es diferente al solicitante o representante legal)

- 3.1 Nombre y Apellidos o Razón Social:** se indicará el nombre y apellidos o la razón social completa de la persona o Entidad que asume la obligación del pago.
- 3.2 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 3.3 Número de Documento Identificativo:** se reflejará el Número de Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 3.4 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del representante.
- 3.5 Código de Cuenta de Cotización (C.C.C.):** Se consignará el que corresponda a la persona o Entidad que asuma el pago.
- 3.6 Domicilio:** (se hará constar el domicilio de la persona o Entidad). Según lo indicado en el punto 1.6.
- 3.7 Nombre y Apellidos del representante:** se indicará el nombre y apellidos completos del representante de la Entidad jurídica.
- 3.8 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Código de Identificación Fiscal -CIF-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 3.9 Número del Documento Identificativo:** se reflejará el Número del Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- 3.10 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación.

### 4. REQUISITOS ESPECÍFICOS: (Se cumplimentará en todos los casos)

- 4.1 Grado de Discapacidad:** se indicará el grado que tenga certificado por el Organismo competente.
- 4.2 Tipo de Discapacidad:** Se indicará el tipo de discapacidad que tenga reconocido y que pueda acreditar mediante certificado del Organismo competente.
- 4.3 Fecha de inscripción como demandante de empleo:** se hará constar la fecha que figure en el certificado emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal o por el Servicio Público de la Comunidad Autónoma.
- 4.4 Opción fecha de alta para 2013:** Marcará la opción elegida (válida sólo para 2013)

### 5. DECLARACIÓN (se cumplimentará en todos los casos)

Se deberá marcar, **obligatoriamente** si se encuentra o no incluido en algún régimen de Previsión Social, así como si autoriza a la Tesorería General de la Seguridad Social a comprobar los datos de identidad y de domicilio de residencia en España, a través de la consulta a los sistemas de verificación de datos de identidad y de datos de residencia previstos, respectivamente, en los Reales Decretos 522/2006 y 523/2006, ambos de 28 de abril. Tanto si marca "SI" como si marca "NO" deberá firmar en este apartado el solicitante o representante legal.

### 6. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS (deberá cumplimentar todos los campos)

Mediante la domiciliación del pago de cuotas la Tesorería General de la Seguridad Social efectuará una orden de adeudo a su Banco o Caja para el pago de sus cotizaciones en período voluntario.

Esta domiciliación sólo es válida para el pago de las cotizaciones en período voluntario y regularizaciones por variación de los tipos o bases reglamentarios, nunca para el pago de atrasos.

Su Banco o Caja le adeudará el importe en la cuenta por Vd. Indicada, siendo el último día del mes la fecha en la cual precisa tener la provisión necesaria de fondos.

La Tesorería General de la Seguridad Social le informará del primer mes que le será adeudado en cuenta, estando Vd. Obligado al pago de las cuotas mensuales anteriores a tal mes mediante el boletín de cotización correspondiente que le será suministrado por la Tesorería General de la Seguridad Social.

### DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

- **Certificado o resolución** emitido por las Direcciones Territoriales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de Ceuta y Melilla o por el Órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.
- **Certificado** emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal o por el Servicio Público de la respectiva Comunidad Autónoma.
- **Acreditación** de la representación legal, en su caso.

En defecto de la autorización solicitada en el punto 5:

- **Documento identificativo** del/de la solicitante y en su caso del representante legal.
- **Certificado** de alta en el padrón
- **Ciudadanos extranjeros:** documentación acreditativa del tiempo de residencia legal y continuada en España.



TA.0040 - PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUD DE: ALTA DE RECONOCIMIENTO DE CONVENIO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TENGAN ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL. (R.D. 156/2013, de 1 de marzo)**

1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3 FECHA DE NACIMIENTO	1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	D.N.I.: <input type="text"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/>	PASAPORTE: <input type="text"/>
1.6 DOMICILIO		BLOQUE	NÚM.
TIPO DE VÍA		BIS	ESCAL.
NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		PISO	PUERTA
<input type="text"/>		CÓD. POSTAL	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1.7 DATOS TELEMÁTICOS			
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>			
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
TELÉFONO MÓVIL		<input type="text"/>	

2. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE LEGAL (Se cumplimentará si el solicitante no tiene plena capacidad de obrar)

2.1 NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			
<input type="text"/>			
2.2 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		2.3 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	2.4 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	C.I.F.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
2.5 DOMICILIO		BLOQUE	NÚM.
TIPO DE VÍA		BIS	ESCAL.
NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		PISO	PUERTA
<input type="text"/>		CÓD. POSTAL	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TELÉFONO		<input type="text"/>	

3. DATOS RELATIVOS AL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS DEL CONVENIO ESPECIAL SI ÉSTE ES DIFERENTE DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL

3.1 NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL				
<input type="text"/>				
3.2 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		3.3 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	3.4 N° DE SEGURIDAD SOCIAL	3.5 C.C.C
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	C.I.F.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	
3.6 DOMICILIO		BLOQUE	NÚM.	BIS
TIPO DE VÍA		ESCAL.	PISO	PUERTA
NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		CÓD. POSTAL	<input type="text"/>	
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA		TELÉFONO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
3.7 NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE (si el sujeto responsable es persona jurídica)				
<input type="text"/>				
3.8 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		3.9 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	3.10 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		

4. REQUISITOS ESPECÍFICOS

4.1 GRADO DE DISCAPACIDAD	4.2 TIPO DE DISCAPACIDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.3 FECHA DE INSCRIPCIÓN COMO DEMANDANTE DE EMPLEO	4.4 OPCIÓN FECHA DE ALTA PARA 2013
<input type="text"/>	FECHA ENTRADA SOLICITUD <input type="checkbox"/>
	FECHA ENTRADA EN VIGOR RD 156/2013 <input type="checkbox"/>

5. DECLARACIÓN (Marque con una "X" lo que corresponda)

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EL/LA SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL <b>DECLARA</b> QUE NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN NINGÚN RÉGIMEN JURÍDICO DE PREVISIÓN SOCIAL	FIRMA <input type="text"/>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EL/LA SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL <b>AUTORIZA</b> A LA TGSS LA CONSULTA AL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD (RD 522/2006) Y DE DOMICILIO Y RESIDENCIA (RD 523/2006) AMBOS DE 28 DE ABRIL.	

6. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)			
<input type="text"/>			
DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO		N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		<input type="text"/>	
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	C.I.F.: <input type="checkbox"/>	TARJETA EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASPR.: <input type="checkbox"/>
FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA Y SELLO DEL SUJETO RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS CUOTAS	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha: D.N.I.:
			FIRMA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0040 Personas con discapacidad (22-07-2014)

**RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA DE RECONOCIMIENTO DE  
CONVENIO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
QUE TENGAN ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL  
(TA.0040 PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FECHA DE PRESENTACIÓN

Día  Mes  Año

Registro de entrada

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de tres meses contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.

TA.0040 Personas con discapacidad (Resguardo)  
(13-07-2016)

**SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA DE RECONOCIMIENTO DE  
CONVENIO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
QUE TENGAN ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL  
(TA.0040 PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

La solicitud de alta, baja o variación de datos de convenio especial, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las administraciones Públicas, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FECHA DE PRESENTACIÓN

Día  Mes  Año

De conformidad con lo establecido en el art. 68 de la Ley 39/2015, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución.

Registro de salida

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de tres meses contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.

TA.0040 Personas con discapacidad (Subsanación)  
(13-07-2016)