

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD (CB)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- 1.- DATOS PERSONALES.-** Si la solicitud no se formula en nombre propio, sino a través de otra persona (por estar el interesado incapacitado, por ejemplo), rellene también el apartado correspondiente a los datos del representante.
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, divorcio y discapacidad del solicitante son información operante a efectos fiscales (cálculo del % de retención de IRPF de la prestación) excepto en los Territorios Forales y su cumplimentación es totalmente voluntaria. Si no lo hace no se tendrán en cuenta estos datos a los efectos mencionados. Si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con ese fin.
- 2.- DATOS PROFESIONALES.-** Sea lo más conciso posible al poner esta información.
- 3.- DATOS DE SITUACIÓN LABORAL.-** No deje de poner la fecha en la que dejó o va a dejar de trabajar: es esencial para el trámite de la prestación.
- 4.- DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES.-** En el espacio (TRABAJO O RESIDENCIA EN OTROS PAÍSES) consigne el país o países indicando en cuales de ellos ha trabajado y en cuales ha residido sin efectuar ningún trabajo.
- 5.- DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN.-** Reseñe los importes que usted o su cónyuge/pareja de hecho previsiblemente vayan a obtener en el año en curso y que se correspondan con los conceptos que se indican en las casillas. Esta información es necesaria para calcular un posible complemento a mínimos de su pensión. Si piensa trabajar una vez que tenga concedida la prestación, debe decirnos dónde porque ambas situaciones pueden ser incompatibles; incluya los trabajos en las Administraciones Públicas y otros organismos constitucionales.
- 6.- DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON SOLICITANTE Y A SU CARGO.-** Son necesarios para incluirlas en su Cartilla de Asistencia Sanitaria. Es preciso que esas personas convivan y dependan económicamente de usted y que no tengan reconocida la Asistencia Sanitaria por derecho propio.
Los datos referentes a estado civil, discapacidad y tiempo de convivencia de los hijos y ascendientes se utilizan para calcular correctamente la retención por IRPF y pueden disminuir su cuantía, excepto en los Territorios Forales; su cumplimentación es totalmente voluntaria. También puede optar por suministrarlos directamente a la Administración Tributaria a fin de que sea ella la que calcule y comunique el % de retención aplicable a su pensión (STS 18-3-2000 y 20-5-2000).
- 7.- HIJOS PROPIOS O APORTADOS, OTROS FAMILIARES Y ACOGIDOS LEGALES O DE HECHO.**
- 8.- HIJOS FALLECIDOS.-** Algunos países necesitan también información sobre hijos fallecidos.
- 9.- DATOS DE HIJOS QUE NO CONVIVEN CON EL SOLICITANTE.-** Requeridos por algunos organismos extranjeros.
- 10.- DATOS SOBRE PARTOS, COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO, COMPLEMENTO POR MATERNIDAD Y CUIDADO DE HIJOS Y MENORES ACOGIDOS.**
 - 10.1 RECONOCIMIENTO DE DÍAS COTIZADOS POR PARTO:** exclusivamente cuando la solicitante 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.
 - 10.2 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 al derecho a la madre.
 - 10.2 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 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 en que se jubila.
 - 10.2 COMPLEMENTO POR MATERNIDAD:** exclusivamente cuando la solicitante sea mujer y para pensiones causadas a partir de 1/1/2016 y hasta 3/2/2021 se podrá reconocer un complemento sobre la pensión a las mujeres que hayan tenido dos o más hijos nacidos con vida o adoptados cuyo nacimiento o adopción se hubiera producido con anterioridad a la fecha en que se jubila. Todo ello con independencia del país donde hubiera tenido lugar el nacimiento o la adopción (en el caso de las adopciones internacionales constituidas por autoridades extranjeras deben haber surtido efectos en España con arreglo a las disposiciones de la Ley de Adopción Internacional).
- 11.- DATOS FISCALES.-** Si el solicitante de la prestación tiene establecida su residencia fiscal (más de 180 días al año) en un país extranjero o en una Comunidad o Ciudad Autónoma o Territorio Foral distinto del lugar donde solicita su pensión, debe indicarlo así, ya que el tratamiento de retenciones por IRPF puede ser diferente.
Los pagos de pensión compensatoria al cónyuge o de alimentos por hijos pueden disminuir la base de cálculo a esos mismos efectos. Su inclusión es totalmente voluntaria; si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con esa finalidad. También puede optar por suministrar estos datos directamente a la Administración Tributaria.
- 12.- OTROS DATOS.-** La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida. El DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto al suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
- 13.- ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
- 14.- COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Debe indicar el BIC (Código Internacional de Banco) y también el número de IBAN, que es el equivalente a su número de cuenta bancaria. El error o la falta de este dato impediría el pago de la prestación que, en su caso, pudiera reconocerse. 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 (Convenios Bilaterales y Convenio Multilateral Iberoamericano)

A INSTANCIA DE: TRABAJADOR ENTIDAD COLABORADORA
 INSPECCIÓN DE TRABAJO SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ISM

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 una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina.

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN										
ESPAÑOLES Y PORTUGUESES					OTRAS NACIONALIDADES					
Primer apellido					Apellido adquirido por matrimonio					
Segundo apellido					Apellido de nacimiento					
Nombre					Apellidos anteriores					
					Nombre					
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil actual	¿Está incapacitado judicialmente?		Nombre de:		DNI-NIE-Pasaporte			
Día	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Soltero/a	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Padre		Núm. de la Seguridad Social			
Mes	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Casado/a	¿Tiene reconocida discapacidad?			Nacionalidad			
Año		<input type="checkbox"/> Viudo/a	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Madre		Teléfono fijo			
						Teléfono móvil			
Lugar de nacimiento (localidad, provincia/departamento y país)							Fecha de nacionalización			
Domicilio habitual: (calle o plaza)						Núm.	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad			Provincia/Departamento			País de residencia habitual		
1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL										
Actúa en nombre del solicitante como: <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor institucional <input type="checkbox"/> Graduado Social <input type="checkbox"/> Gestor administrativo <input type="checkbox"/> Otros apoderados										
Primer apellido				Segundo apellido			Nombre			
Fecha de nacimiento		Sexo/Estado civil		DNI-NIE-Pasaporte		Núm de la Seguridad Social		Nacionalidad		
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)					Núm.	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Teléfono fijo		Teléfono móvil								
Código postal		Localidad			Provincia/Departamento			País de residencia habitual		

2. DATOS PROFESIONALES

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

3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL

SI ESTÁ DE BAJA MÉDICA: Fecha de la baja ¿Trabajaba en esa fecha?: SÍ NO
 Fecha en la que dejó de trabajar Por cuenta propia Por cuenta ajena Como funcionario

SI NO ESTÁ DE BAJA MÉDICA: ¿Trabaja actualmente? SÍ NO Por cuenta propia Por cuenta ajena
 Como funcionario En el mismo puesto de trabajo En puesto de trabajo distinto del que tenía en la fecha de la baja laboral
 Motivo del cambio de puesto de trabajo:

CAUSA DE LA INCAPACIDAD :

Enfermedad común Enfermedad profesional Accidente no laboral Accidente de trabajo
 ¿Percibe prestación o subsidio por desempleo? SÍ NO
 ¿Cobra subsidio de Incapacidad Temporal? SÍ NO
 ¿Ha estado sometido a reeducación profesional desde el principio de su incapacidad? SÍ NO
 ¿Para qué clase de empleo? Duración: desde hasta
 Datos del empresario para el que ha trabajado: Nombre o razón social
 Dirección

¿Cobra o ha solicitado alguna prestación además de la que ahora solicita? NO
 SÍ Indique cuál:

TIPO DE PRESTACIÓN	Ha solicitado	Fecha solicitud	Cobra	Fecha efectos	Importe bruto	Institución pagadora	País
Pago de prestaciones del seguro de enfermedad por incapacidad temporal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Indemnizaciones por rehabilitación	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Pensión de incapacidad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Pensión de vejez	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Pensión de supervivencia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Renta de accidente de trabajo o enfermedad profesional	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Continuación cobro del salario en caso de incapacidad temporal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Prestaciones familiares	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Otras prestaciones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

Si ha marcado alguna prestación, indique la periodicidad con la que cobra: Semanal Mensual Anual

¿Ha solicitado en otro país la inscripción a un seguro voluntario o facultativo continuado? SÍ NO
 ¿En qué país? ¿Para qué prestación? Incapacidad Vejez Defunción

4. DATOS SOBRE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES¿HA TENIDO PERÍODOS SIN ACTIVIDAD EN OTROS PAÍSES? SÍ NO Indique los datos

Desde mes/año	Hasta mes/año	Residencia, estudios realizados a partir de los 16 años y otros motivos de los períodos sin actividad (convenio especial, enfermedad, desempleo, ama de casa, etc.)	Localidad	País

PERÍODOS CON ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES

	PERÍODOS		a) Profesión o tipo de actividad. b) Por cuenta ajena c) Por cuenta propia	Denominación y sede del empleador o naturaleza de la actividad por cuenta propia	Lugar y país de ejercicio de la actividad	a) Institución o régimen de seguro b) Número de afiliación c) Tipo de seguro (oblig., voluntario, facultativo, etc.)
	Desde mes/año	Hasta mes/año				
1			a) b) c)			a) b) c)
2			a) b) c)			a) b) c)
3			a) b) c)			a) b) c)
4			a) b) c)			a) b) c)
5			a) b) c)			a) b) c)
6			a) b) c)			a) b) c)
7			a) b) c)			a) b) c)

Apellidos y nombre:

DNI - NIE- Pasaporte

④

5. DATOS DE INGRESOS

Ingresos, computados de acuerdo con la legislación fiscal, que previsiblemente obtendrán el solicitante (S) y su cónyuge (C) o pareja de hecho (P) durante todo el año actual, distintos de los del que deriva la incapacidad y de la prestación que ahora se solicita. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, cumplimente esa cantidad descontando los que obtuvo por el trabajo que origina su incapacidad. 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 o actividades profesionales o empresariales	Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones públicas	
				Importe	País
S	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	
P	€	€	€	€	

CUANDO OBTENGA SU PENSIÓN:

Va a ser titular, propietario o arrendatario: SÍ NOVa a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: SÍ NO De explotación agraria De explotación marítimo pesquera En la Administración Por cuenta propia Por cuenta ajena De establecimiento abierto al público**6. DATOS DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN**

CÓNYUGE <input type="checkbox"/>		PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/>		
Primer apellido o apellido adquirido por matrimonio	Segundo apellido o apellido de nacimiento	Apellidos anteriores		Nombre
DNI, NIE o pasaporte	Núm de la Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad
Lugar de nacimiento (localidad, provincia, departamento o país)				
¿Hay convivencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha matrimonio/convivencia desde	Dirección completa (si no convive con el solicitante)		
¿EJERCE ACTIVIDAD PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Tipo de actividad				¿Está incapacitado para el trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Periodo: desde hasta País				
Núm. de la Seguridad Social		¿ES FUNCIONARIO/A? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Rentas anuales de trabajo € Otras rentas €		¿PERTENECE A ALGÚN COLEGIO PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Apellidos y nombre:

DNI - NIE- Pasaporte

5

¿HA SOLICITADO O COBRA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES? NO SÍ indique cuál:

Tipo de prestación	Ha solici- tado	Cobra	Régimen			Organismo pagador	Fecha de efectos	Importe	Periodicidad del importe (mes, trimestre, año)
			cuenta propia	cuenta ajena	funcionario				
Vejez	<input type="checkbox"/>								
Incapacidad	<input type="checkbox"/>								
Incapacidad temporal	<input type="checkbox"/>								
Desempleo	<input type="checkbox"/>								
Otra	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>								

7. HIJOS PROPIOS O APORTADOS, OTROS FAMILIARES Y ACOGIDOS LEGALES O DE HECHO

1 ^{er} apellido										
2 ^o apellido										
Nombre										
Relación de parentesco										
DNI-NIE										
Nacionalidad										
Núm de la Seguridad Social										
Fecha nacimiento y E. Civil			E. Civil ⁽¹⁾			E. Civil ⁽¹⁾			E. Civil ⁽¹⁾	
Discapacidad y ayuda de 3 ^a persona o movilidad reducida	de 33% a 64% <input type="checkbox"/>	Ayuda	SÍ <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/>	Ayuda	SÍ <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/>	Ayuda	SÍ <input type="checkbox"/>	
	más de 64% <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	más de 64% <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	más de 64% <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
¿Estudia o ejerce funciones de aprendiz?	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"/>	
¿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"/>	
Meses al año que convive con usted										
Rentas o prestaciones económicas u otros ingresos que percibe										
Importe anual	€			€			€			
Institución pagadora										
¿Es funcionario/a de alguna Administración Pública?	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"/>	
¿Pertenece a un colegio profesional?	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"/>	

8. HIJOS FALLECIDOS

Apellidos y nombre	DNI-NIE-Pasaporte	Fecha de nacimiento	Fecha de fallecimiento

9. DATOS DE HIJOS QUE NO CONVIVEN CON EL SOLICITANTE

Apellidos y nombre	DNI-NIE	Fecha de nacimiento

(1) E.Civil: rellenar dígito: (1) Soltero/a, (2) Casado/a, (3) Viudo/a, (4) Separado/a legalmente, (5) Divorciado/a



10. DATOS SOBRE PARTOS, COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO, COMPLEMENTO POR MATERNIDAD Y CUIDADO DE HIJOS Y MENORES ACOGIDOS

10.1		DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE DÍAS COTIZADOS POR PARTO (sólo si la solicitante es mujer)					
		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
DNI/NIE/PASAPORTE							
Fecha del parto							
Fecha del aborto							
10.2		DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIO POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS Y DEL COMPLEMENTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO / COMPLEMENTO POR MATERNIDAD					
Solicita el beneficio por cuidado de hijos/adoptados o menores acogidos: SI <input type="checkbox"/>							
Solicita el complemento para la reducción de la brecha de género/complemento por maternidad : SI <input type="checkbox"/>							
En caso de solicitar el beneficio y/o el complemento, cumplimente los siguientes datos:							
		Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Hijo 6
Datos del hijo o menor	Nombre						
	1er apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Fecha de resolución de adopción o acogimiento						
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						
	1er apellido						
	2º apellido						
	DNI/NIE/Pasaporte						
	Fecha de nacimiento						
	Sexo						
Firma del otro progenitor (2)							
Indique para qué hijos solicita el beneficio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique para qué hijos solicita el complemento brecha de género / complemento maternidad (3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (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 que aquel sea hombre y el titular sea mujer y salvo en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo, acreditado documentalmente).
 (3) Sólo se consideran hijos y adoptados.

Apellidos y nombre:

DNI - NIE- Pasaporte

7

11. DATOS A EFECTOS FISCALES

Residencia fiscal: Provincia	País	Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique: Tabla general <input type="checkbox"/> N° de hijos	
Si está en territorio común y desea un tipo voluntario de retención por IRPF, indique cuál: %			
Tiene reconocida discapacidad	de 33% a 64% <input type="checkbox"/>		más de 64% <input type="checkbox"/>
Ayuda de 3ª persona o movilidad reducida:	SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Cuantía anual de pensión compensatoria a favor del cónyuge:	€		
Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos:	€		
Si está pagando préstamos por adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual y sus rendimientos de trabajo anuales, incluida ésta y otras pensiones, son inferiores a 33.007,20 € marque este recuadro		Tipo voluntario: <input type="checkbox"/>	
		%	

12. OTROS DATOS

12.1	LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:								
12.2	DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1 y deberá ser otro domicilio del titular si se solicita en nombre propio o por graduado social, gestor administrativo u otro apoderado, u otro domicilio del tutor o tutor institucional si se solicita a través de éstos)								
Domicilio (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo
Código postal				Localidad		Provincia		País	Teléfono móvil
									Apdo. de correos
12.3	SI DESEA recibir información por correo electrónico , indique su dirección:								

13. ALEGACIONES

20210519

INC-17 CB V.10

Apellidos y nombre:

DNI - NIE- Pasaporte

**14. COBRO DE LA PRESTACIÓN (A CUMPLIMENTAR SIEMPRE)**

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)		En cuenta del: Solicitante de la prestación (1.1) <input type="checkbox"/>			
BIC:		Titular de la patria potestad o tutor (1.2) <input type="checkbox"/>			
IBAN:	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	D.CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

PAGO EN EL EXTRANJERO	Cheque (*) <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	Periodicidad <input type="checkbox"/>	Mensual	
DATOS CUENTA BANCARIA				<input type="checkbox"/>	Trimestral
Nombre Entidad Bancaria:				<input type="checkbox"/>	Semestral
Nombre del TITULAR de la cuenta:					
IBAN (International Bank Account Number)/Número cuenta:					
Código BIC/SWIFT (BIC/SWIFT Code): Código doméstico (Domestic Code) (**)					
Dirección de la Entidad:					
Código Postal:		Localidad:		País:	
* Si solicita pago por cheque deberá indicarlo expresamente en el apartado 7 (alegaciones). Tenga en cuenta que esta forma de pago puede llevar gastos de gestión ajenos a la Seguridad Social española. No es posible el pago por cheque en los siguientes países: Dinamarca, Bulgaria, República Checa, Estonia, Croacia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, Países Bajos, Polonia, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia, Suecia, Suiza y Rumanía.					
** Necesario para Estados Unidos, Australia, Canadá, Puerto Rico, y Hong Kong.					

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

El Instituto Social de la Marina 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 su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

- 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 su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Social de la Marina solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento**
 NO doy mi consentimiento

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE	Instituto Social de la Marina (ISM)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del ISM
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

....., a de de 20

Firma



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	DNI - NIE- Pasaporte 9
---------------------	---

Clave de identificación de su expediente:	Registro ISM
---	--------------

Funcionario de contacto:

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD

A INSTANCIA DE:

<input type="checkbox"/> TRABAJADOR	<input type="checkbox"/> ENTIDAD COLABORADORA
<input type="checkbox"/> INSPECCIÓN DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> SERVICIO PÚBLICO DE SALUD
	<input type="checkbox"/> ISM

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL ISM:	
1	<input type="checkbox"/> DNI/NIF, pasaporte o equivalente y NIE o CIF de: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros familiares y acogidos
2	<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación legal
3	<input type="checkbox"/> Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional
4	<input type="checkbox"/> Certificado empresarial de salarios reales
5	<input type="checkbox"/> Historial clínico
6	<input type="checkbox"/> Libro de familia, Certificación literal o Actas de matrimonio, de existencia de abortos y parentesco, y convivencia con el solicitante
7	<input type="checkbox"/> Auto judicial o certificado de acogimiento familiar
8	<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento o tarjeta de residencia
9	<input type="checkbox"/> Documentación que avale el ejercicio de la actividad laboral en los países en que lo haya manifestado. Su no presentación puede dar lugar a retrasos en la tramitación de su pensión por dificultades para localizar sus cotizaciones en el extranjero.
10	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad de Extranjeros o Certificado de Inscripción en el Registro Central de Extranjeros <input type="checkbox"/> 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 DE COMPULSA: A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:
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 originales aportados o exhibidos por el solicitante.
Firma
Cargo y nombre del funcionario
Fecha Lugar

9. DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES (rellene los apartados correspondientes a los países en los que haya trabajado)

ANDORRA	Núm. de asegurado en la Caja Andorrana de Seguridad Social
ARGENTINA	Documentos de identidad argentinos: DNI núm.: Libreta cívica núm.: Libreta de enrolamiento núm.: Cédula de identidad núm.: Certificado de aportes y cesación de servicios. Si no posee este documento es indispensable enviar una lista completa de empleadores con sus respectivos domicilios y fotocopia del pasaporte donde consten las entradas y salidas de Argentina. Cumplimentar el formulario PS 6.4 (carta poder para percibir, designando banco apoderado). Mod. AFIP 3283 (sólo para autónomos). Fotocopia del carnet de pensionista.
AUSTRALIA	Solicite y cumplimente los formularios de solicitud: AUS 140 (deberá entregar la parte B en el CAISS y guardar la parte A). Modelo IA: Declaración de bienes e ingresos. Deberá cumplimentarlo.
BOLIVIA	Número de asegurado y justificante de trabajo.
BRASIL	Carteira profesional, Cardeneta de cotribuções y el C.P.F. (inscripción catastro de personas físicas).
CANADA	Fotocopia de la tarjeta de la Seguridad Social canadiense. Que el interesado solicite y cumplimente el formulario E/CAN 1. El interesado debe consignar la última dirección en Canadá.
COLOMBIA	Indispensable indicar el número de teléfono móvil y fijo del solicitante y una dirección de correo electrónico. Certificado de los períodos de servicio o de cotización expedido por el Instituto colombiano, cajas fondos o entidades públicas o privadas competentes en materia de Seguridad Social. Los nacionales colombianos deben aportar la Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE), Tarjeta de Identidad (T.I), Registro Civil o Número Único de Identificación (RC o NUIP).
COREA DEL SUR	Formulario KR/ES 2B de solicitud de prestación coreana de incapacidad. Si se solicita pensión de Corea y España o únicamente de Corea. Formulario establecido por Corea. Se adjuntará la documentación original que se solicita en los formularios, o bien fotocopia cotejada por el funcionario del ISM.
ECUADOR	Indispensable indicar el número de teléfono móvil y fijo del solicitante y una dirección de correo electrónico. Boletas de aportes. Además, será necesaria la cumplimentación y firma del formulario ecuatoriano donde se deberán cumplimentar los datos de la cuenta donde el solicitante quiere percibir la pensión que la Seguridad Social ecuatoriana pueda reconocer. La cumplimentación de los datos bancarios en la solicitud española no es suficiente ya que a diferencia de los pagos de la pensión española el IESS exige que la cuenta esté a nombre únicamente del solicitante.
EL SALVADOR	Documentos de identidad que utilizó en El Salvador durante el periodo de trabajo alegado. Nombres completos de los padres
ESTADOS UNIDOS	Formulario USA/E-2 y núm. de afiliación a la Seguridad Social estadounidense.
MARRUECOS	Núm. de afiliación a la Seguridad Social marroquí (tarjeta de inmatriculación).
MÉXICO	Justificante de trabajo y núm. de afiliación a la Seguridad Social mexicana.
PERÚ	Certificado de trabajos con direcciones actualizadas de los empleadores. Documento de identidad o carné de extranjero.
RUSIA	Cartilla laboral. Debe solicitar y cumplimentar en lengua rusa el anexo I, al formulario (E/FR-3). Si el solicitante ha percibido en algún momento una pensión rusa, es necesario que cumplimente el formulario E/FR-3BIS.
URUGUAY	Consigne la fecha de su llegada a Uruguay. Fotocopia de la cédula de identidad uruguaya o certificado de nacimiento. Boletos de aportes y declaración jurada de testigos, en caso de no existir justificantes de trabajo.
VENEZUELA	Fotocopia de la cédula de identidad venezolana. En caso de nacionalizados con posterioridad a 1-1-1967, fotocopia de las dos cédulas de identidad. Boletos de aportes y declaración jurada de testigos, en caso de no existir justificantes de trabajo.

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD (CB)

DOCUMENTOS EN VIGOR A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN (*)

1.- EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del interesado, representante legal y demás personas que figuran en la solicitud mediante la siguiente documentación:
 - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
 - Extranjeros residentes o no residentes en España: 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.
- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso, o de la emancipación del solicitante menor de edad. Si es tutor institucional, CIF/NIF, documento en el que conste el nombramiento de tutela de la Institución y certificación acreditativa de la representación de la Institución.
Si está incapacitado judicialmente debe presentar la resolución judicial que lo declare o certificado acreditativo del Registro Civil.

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.- PARA EL RECONOCIMIENTO DE UN POSIBLE COMPLEMENTO A MÍNIMOS

- En el caso de extranjeros residente 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 solicitante, en su caso.

4.- PARA ACREDITAR OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- Si está en su poder, Historial Clínico elaborado por el Servicio Público de Salud competente en su Comunidad Autónoma, o, en su caso, Informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.
- 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.

5.- DOCUMENTO ESPECIAL

Documentación que avale el ejercicio de la actividad laboral en los países en que lo haya manifestado. Su no presentación puede dar lugar a retrasos en la tramitación de su pensión por dificultades para localizar sus cotizaciones en el extranjero.

La documentación que exige cada Estado para el trámite de una pensión depende de su legislación interna y de si tiene sus datos de cotización informatizados.

Si una institución extranjera solicita que se le envíe en original un documento acreditativo de la actividad laboral, debe ser aportado.

(*) 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 (CB)

EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA 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 será de 180 días contados desde la fecha en que la solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde la fecha del acuerdo de iniciación.

No obstante, este plazo quedará suspendido durante el tiempo que medie entre la solicitud de datos a Organismos extranjeros y la recepción en esta Dirección Provincial de dichos datos, que permita su incorporación al expediente, de acuerdo con lo establecido en el art. 22.1.b) de la Ley 39/2015, de 1 de Octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Transcurrido dicho plazo sin haber sido notificada la resolución, se podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa 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 esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede presentarlos, sin desplazarse, en la Sede Electrónica de la Seguridad Social utilizando certificado digital o CI@ve permanente (<http://sede.seg-social.gob.es>), por correo postal o, personalmente, en la Dirección Provincial o Local del ISM.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos de identificación del titular y, en su caso, del representante legal, así como acreditación de la representación legal; se entenderá que desiste de su petición, 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 con los datos que constan en el expediente (art.73.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE del 2-10-2019)).

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 produce alguna variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o Local de este Instituto más cercano.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser actos constitutivos de delito.

Si debe acompañar documentación junto a esta solicitud, de acuerdo con las instrucciones de este formulario, puede presentar fotocopia de la documentación solicitada por las siguientes vías: sin desplazarse a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social utilizando certificado digital o CI@ve permanente (<http://sede.seg-social.gob.es>), por correo postal, o presencialmente en una Dirección Provincial o Local del ISM.

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 Social de la Marina C/ Génova, 20 CP 28004 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>Jefe del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPAÑA delegado.protecciondatos@seg-social.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 Social de la Marina 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 una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina 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>