

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO

- 1.- DATOS PERSONALES.-** Si la petición no se formula en nombre propio sino a través de otra persona, rellene también el apartado de los datos del representante legal.
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 son información operante a efectos fiscales (cálculo del porcentaje 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.-** Tanto si no trabajaba en el momento de obtener la baja médica como si -no estando de baja- no trabaja ahora, indique la causa de esa situación. Si su puesto de trabajo es distinto del que tenía en el momento de la baja laboral, díganos la causa que motivó el cambio.
- 4.- DATOS SOBRE PARTOS DE LA SOLICITANTE.-** Se entiende por parto, según el Código Civil, el nacimiento con vida con independencia del tiempo que sobreviva fuera del seno materno. Todos los partos y los abortos de más de seis meses de gestación pueden dar derecho a computar días de cotización aunque no se estuviese en situación de activo. Todos ellos deben figurar inscritos en el Registro Civil para producir efectos.
- 5.- DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES.-** Este apartado sirve para conocer, en extracto, su vida laboral.
Donde dice "TRABAJADOS EN ESPAÑA" consigne, empezando por la más antigua, las empresas en las que ha trabajado o, en su caso, el tiempo que trabajó como autónomo, o el tiempo durante el que estuvo acogido a Convenio Especial, los periodos en los que cobró Desempleo, etc. Indique también si estuvo afiliado al Retiro Obrero y dónde.
En el espacio "TRABAJADOS EN OTROS PAÍSES", consigne el país o países indicando en cuales de ellos ha trabajado y en cuales ha residido sin efectuar ningún trabajo.
Donde dice "SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAÍSES", consigne los periodos durante los que residió en un país extranjero sin efectuar ningún trabajo, con independencia de que haya mencionado ese mismo país en el apartado anterior. Consigne, asimismo, los datos referidos a periodos trabajados en países no miembros de la Unión Europea ni del Espacio Económico Europeo.
- 6.- DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN.-** 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. Esta información es necesaria para calcular un posible complemento a mínimos de su prestación y la inclusión en Asistencia Sanitaria. 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.
Cumplimente el apartado "Período elegido para el cálculo de la prestación" únicamente si la incapacidad es debida a un accidente no laboral y en el momento en el que aquél se produjo se encontraba usted en la Seguridad Social en situación de alta o asimilada al alta. Indique el período de 24 meses ininterrumpidos dentro de los 7 últimos años que considere más beneficioso para el cálculo. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa tomaremos el que, a nuestro juicio, resulte más favorable para usted.
- 7.- DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO 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 porcentaje de retención aplicable a su pensión (STS 18-3-2000 y 20-5-2000).
- 8.- HIJOS FALLECIDOS.** Algunos países necesitan información sobre hijos fallecidos.
- 9.- DATOS DE HIJOS QUE NO CONVIVEN CON EL SOLICITANTE.** Requeridos por algunos organismos extranjeros.
- 10.- OTROS DATOS.**
DATOS FISCALES. Si el futuro titular 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 en donde se tramita su expediente, 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 declaración es totalmente voluntaria; si los cumplimenta se entenderá que presta su consentimiento para que puedan ser tratados informáticamente con esa finalidad. Si no lo hace no se tendrán en cuenta a los efectos antedichos. También puede optar por suministrar estos datos directamente a la Administración Tributaria.
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 recibir las en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
- 11.- 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.
- 12.- COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.
Si reside en el extranjero y quiere recibir allí el pago, debe aportarnos todos los datos que le proporcionen en su entidad bancaria en ese país para hacerlo posible.



INCAPACIDAD PERMANENTE (REGLAMENTOS COMUNITARIOS)

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

ATENCIÓN: Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su pensión.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. DATOS PERSONALES

1.1 DEL FUTURO TITULAR DE LA PRESTACIÓN											
ESPAÑOLES Y PORTUGUESES					OTRAS NACIONALIDADES						
Primer apellido					Apellido adquirido por matrimonio						
Segundo apellido					Apellido de nacimiento						
Nombre					Apellidos anteriores						
Nombre					Nombre						
Lugar de nacimiento (localidad, provincia/departamento, país)											
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil actual	Está incapacitado judicialmente <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Nombre de:		DNI-NIE-Pasaporte				
Día	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Soltero/a	Tiene reconocida discapacidad		Padre		Nº. afiliación a Seguridad Social				
Mes	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Casado/a	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más 64% <input type="checkbox"/>			Nacionalidad				
Año		<input type="checkbox"/> Viudo/a	Necesita ayuda:		Madre		Teléfono fijo				
		<input type="checkbox"/> Separado/a legalmente	De 3ª persona <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		.....		Teléfono móvil			
		<input type="checkbox"/> Divorciado/a	Por movilidad reducida <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO								
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											
Si actúa en nombre de una entidad pública, indique: Cargo que ostenta											
Nombre o razón social							CIF/NIF				
Primer apellido			Segundo apellido			Nombre					
Domicilio habitual: (calle o plaza)					Núm.	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo Teléfono móvil	
Código postal	Localidad			Provincia/Departamento			País de residencia habitual				

2. DATOS PROFESIONALES

1) Formación académica y profesional que posee	
2) En el año anterior al de la baja ha desempeñado los siguientes:	
Puestos de trabajo	Tareas que realizaba en el mismo
.....
.....
3) Última empresa en la que trabaja o ha trabajado:	
4) Dificultades que encuentra para realizar las tareas de su profesión habitual:	
.....	
¿Ha cotizado alguna vez al Régimen de Clases Pasivas del Estado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

②

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? NO SÍ 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 POSIBLE 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 ¿desde que fecha?

¿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 cual:

TIPO DE PRESTACIÓN	Ha solicitado	Fecha solicitud	Cobra	Fecha efectos	Importe bruto	Institución pagadora	País
Indemnizaciones 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? NO SÍ

¿En qué país? ¿Para qué prestación? Incapacidad Vejez Defunción

4. DATOS SOBRE PARTOS DE LA SOLICITANTE

Indique, en su caso, la fecha de todos los partos que ha tenido siendo residente en territorio español, así como el número de abortos de más de seis meses de gestación y de hijos nacidos vivos en cada uno de ellos, siempre que unos y otros consten inscritos en el Registro Civil, con independencia de que los últimos sobrevivan o no actualmente y de su edad en este momento.

Fecha del parto					
Nº de hijos nacidos vivos					
Nº de abortos					

5. DATOS DE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL

¿HA TENIDO PERÍODOS SIN ACTIVIDAD EN OTROS PAÍSES? NO SÍ Indique los datos

Desde (Año)	Hasta (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 Indique los datos aunque se trate de un país no miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo o de Suiza

PERÍODOS		Profesión o tipo de actividad	Por cuenta ajena	Por cuenta propia	Nombre y dirección de la empresa	Número de afiliación o equivalente	Institución o régimen de seguro (mutualidades, cajas de seguro, etc.)	Tipo de seguro (obligatorio, voluntario, facultativo, etc.)	Localidad y país de ejercicio de la actividad	Localidad y país de residencia durante la actividad
Desde	Hasta									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

4

6. DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN

Ingresos que previsiblemente obtendrán el solicitante (S) su cónyuge (C) o pareja de hecho (P) durante todo el año actual, distintos de los del trabajo del que se deriva la incapacidad y de la prestación que ahora solicita. Si prevé que van a ser iguales a los del año anterior, ponga esa cantidad descontando los que obtuvo por el trabajo que origina la incapacidad. Si no tiene ingresos, ponga cero (0).

Perceptor	Rendimientos netos de trabajo o actividades profesionales o empresariales	Rendimientos brutos de capital mobiliario o inmobiliario	Ganancias patrimoniales (saldo neto positivo)	Pensiones públicas de organismos extranjeros	
				Importe bruto	País
S	€	€	€	€	
C	€	€	€	€	
P	€	€	€	€	

CUANDO OBTENGA SU PENSIÓN:

Va a ser titular, propietario o arrendatario: NO SÍVa a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: NO SÍ de explotación agraria de explotación marítimo pesquera en la Administración por cuenta propia por cuenta ajena de establecimiento abierto al público**PERÍODO ELEGIDO PARA EL CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN:** (Sólo en el caso de accidente no laboral) Desde Hasta**7. DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL FUTURO TITULAR DE LA PENSIÓN Y A SU CARGO**

7.1	CÓNYUGE <input type="checkbox"/>	PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/>	Hay convivencia <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Primer apellido o apellido familiar	Segundo apellido o apellido de soltera	Nombre	DNI-NIE Pasaporte	
Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Nº afiliación a la Seguridad Social	
Fecha matrimonio/convivencia	Dirección completa (si es diferente a la del solicitante)		¿Ejerce actividad profesional? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Es funcionario <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	:	Rentas anuales de trabajo	Otras rentas y pensiones	

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

Tipo de prestación	Ha solicitado	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"/>								

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

1er apellido	.....	.....	.....	.....
2º apellido	.....	.....	.....	.....
Nombre	.....	.....	.....	.....
Parentesco				
Nacionalidad				
DNI-NIE-pasaporte				
Nº Afiliación a la S.S.				
Fecha de nacimiento y Estado civil	..... / ..... / .....	E. civil	..... / ..... / .....	E. civil
Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	<input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64%	Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64%	Ayuda <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Estudia o ejerce funciones de aprendiz	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

5

¿Convive también con el otro progenitor?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO
Meses al año que conviven con usted				
Rentas anuales de trabajo	€	€	€	€
Otras rentas anuales y/o pensiones	€	€	€	€
Es funcionario/a de alguna Adm. Pública	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
.

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-Pasaporte	Fecha de nacimiento

10. OTROS DATOS

10.1	A FECTOS FISCALES							
Residencia fiscal: Provincia								
País								
Si alguna de las personas consignadas en el punto 7.2 es un menor adoptado o acogido legalmente, indique:								
Nombre y apellidos		Año de acogimiento	Año de adopción	Si su residencia está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:				
				<input type="checkbox"/> Tabla general. N° de hijos				
				<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas.				
				<input type="checkbox"/> Tipo voluntario: %				
<ul style="list-style-type: none"> - Si sus padres (o abuelos) conviven durante el año con otros hijos (o nietos), indique su número - Cuantía anual de pensión compensatoria a favor del cónyuge: € - Cuantía anual de alimentos a favor de los hijos: € - Tipo voluntario de retención por IRPF: % 								
Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo, incluidas ésta y otras pensiones procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla. <input type="checkbox"/>								
10.2	LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:							
10.3	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-apoderado, Gestor administrativo-apoderado u otro apoderado, y otro domicilio del tutor o tutor institucional si se solicita a través de éstos)							
Domicilio habitual: (calle o plaza)		Núm.	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Código postal	Localidad	Provincia		País			Apdo. de correos	
10.4	SI DESEA recibir información por correo electrónico, indique su dirección:							

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

⑥

11. ALEGACIONES

--

12. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)					
BIC:	En cuenta del: <input type="checkbox"/> Futuro titular de la prestación (1.1) <input type="checkbox"/> Tutor (1.2)				
IBAN: (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	NÚMERO DE CUENTA	
				D. CONTROL	CCC
PAGO EN EL EXTRANJERO <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia País BIC/SWIFT: IBAN: CCC:					

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Social de la Marina cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO la consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, así como la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la A.E.A.T., en los términos establecidos en la O.M. 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros concertados, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a de de 20.....

Firma



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	Núm. DNI - NIE - Pasaporte:
Clave de identificación de su expediente:	Registro del ISM
Funcionario de contacto:	

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIA DE:

- TRABAJADOR
 ENTIDAD COLABORADORA
 INSPECCIÓN DE TRABAJO
 SERVICIO PÚBLICO DE SALUD
 INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL ISM:	DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:
1 <input type="checkbox"/> DNI/NIF pasaporte o equivalente, 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"/> Justificantes pago cuotas 3 últimos meses. 4 <input type="checkbox"/> Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional. 5 <input type="checkbox"/> Certificado empresarial de salarios reales. 6 <input type="checkbox"/> Historial clínico. 7 <input type="checkbox"/> Libro de familia, certificación literal o actas de matrimonio, de existencia de abortos y parentesco, y convivencia con el solicitante. 8 <input type="checkbox"/> Auto judicial o certificado de acogimiento familiar. 9 <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento o tarjeta de residencia. 10 <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. <input type="checkbox"/> Otros documentos:	1 2 3 4 Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms. Firma Cargo y nombre del funcionario Fecha Lugar
Recibí Firma	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 y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido. Firma Cargo y nombre del funcionario Fecha Lugar

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden TASS/4231/2006 de 26 diciembre (BOE 17-2-2007) para el cálculo, control y revalorización de la pensión que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección del Instituto Social de la Marina. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del ISM (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO Y SUIZA
(rellene los apartados correspondientes a los países en los que haya trabajado)

<p>ALEMANIA: Tarjeta de cotización (original). Documentación de los trabajos, contratos (original), salvo que sea pensionista. Si elige fecha de efectos de su pensión indíquela: Es importante que haga constar en el apartado 7, 8 y 9 todos los hijos que haya tenido, aunque sean mayores de edad, pues podría tener derecho a que se le reconozcan períodos de seguro por embarazo y maternidad según la ley alemana, que pueden influir en la cuantía de su pensión. De los hijos mencionados en el apartado 7, indique aquí aquéllos que hayan sido educados en este país durante su primer año de vida y también aquéllos que en la actualidad continúan sus estudios o ejercen funciones de aprendiz</p>	
AUSTRIA:	Número de afiliación a la Seguridad Social austriaca
BULGARIA:	Documentos originales que confirmen la antigüedad laboral (cartilla laboral, cartilla de servicio y cartilla del seguro) así como el impreso UP/2 emitido por el asegurador.
DINAMARCA:	Núm. de afiliación (CPR y/o ATP): Última dirección del/la solicitante en Dinamarca:
FINLANDIA:	Núm. de afiliación a la Seguridad Social finlandesa:
FRANCIA:	<p>– Tarjeta de immatriculation, “rélevé de compte”, contratos, etc. – Libro de familia o certificado de matrimonio y nacimiento Último domicilio en Francia:</p> <p>Si usted es pensionista indique nº de referencia ¿Percibe prestaciones del ASSEDIC (desempleo)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¡IMPORTANTE! ¿Ha tenido hijos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En los apartados 5, 6, 7, indique todos los hijos que hayan estado a su cargo, aunque hayan fallecido</p>
ITALIA:	Si elige fecha de efectos de su pensión, indíquela:
PAÍSES BAJOS:	Cuestionario SVB (modelo 546-EV). Indique los apellidos del cónyuge anterior (si ha estado casado y posteriormente ha contraído nuevas nupcias) Última dirección del/la solicitante en los Países Bajos
POLONIA:	Debe aportar alguno de los siguientes datos de identificación sin los avales el organismo polaco no podrá tramitar la solicitud: El nº NIP El nº PESEL El nº NKP, en su defecto, indicar la serie y el número de la tarjeta de identidad o pasaporte. También, en su caso, debe aportar el formulario de información adicional
PORTUGAL:	Indique la parroquia correspondiente a su lugar de nacimiento: SI NECESITA LA AYUDA DE UNA TERCERA PERSONA PARA REALIZAR LOS ACTOS ESENCIALES DE LA VIDA DIARIA, INDIQUE LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE LA MISMA: Apellidos y nombre Dirección completa
REINO UNIDO:	National insurance number (número de Seguridad Social). Documentación de trabajos. Indicar la fecha de efectos de su pensión, en el supuesto de que sea ésta elegida por usted.
RUMANÍA:	Fotocopias compulsadas de la cartilla laboral rumana (carnet de Munca) o certificados de antigüedad. CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL
SUECIA:	Núm. de afiliación a la Seguridad Social sueca: Si alega períodos anteriores a 1960, deberá aportar recibos de pago de impuestos.
SUIZA:	Fotocopia de la tarjeta de Seguro suiza. ¡IMPORTANTE! La información sobre los hijos puede suponer un aumento de la cuantía de su pensión suiza. En los apartados 5, 6 y 7 indique todos los hijos que hayan tenido, aunque hayan fallecido. Es importante que cumpla el apartado 6. En caso de que continúe estudiando o trabajando con un contrato de aprendizaje, aporte documentación justificativa. Cumplimentar el anexo con información adicional.



ADENDA AL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

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 del desempleo entre los 9 meses antes del nacimiento (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.

DATOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS POR CUIDADO DE HIJOS/ADOPTADOS O MENORES ACOGIDOS

		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"/>					
	FALLECIDO	<input type="checkbox"/>					
	Nombre						
	1er 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 correspondiente.
- (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 aquél sea hombre y el titular sea mujer y salvo en caso de inexistencia o fallecimiento del mismo, acreditado documentalmente). (Art. 9 de la Ley 27/2011).

DOCUMENTACIÓN A APORTAR: certificado del Registro Civil o Libro de Familia, resolución judicial de adopción o decisión administrativa o judicial de acogimiento que acrediten los nacimientos, adopciones o acogimientos alegados.

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

1.- EN TODOS LOS CASOS

Acreditación de identidad del interesado, representante legal y demás personas que figuran en la solicitud mediante la siguiente documentación en vigor:

- 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 ENFERMEDAD COMÚN

Justificante de pago de cotizaciones de los últimos 3 meses si es usted el obligado a ingresarlas y la incapacidad se ha producido en ese mismo periodo.

3.- 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.

4.- OTROS DOCUMENTOS:

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.

5.- PARA INCLUIR EN ASISTENCIA SANITARIA Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

BENEFICIARIOS DE ASISTENCIA SANITARIA

- Libro de familia, Certificación literal o Actas del Registro Civil que acrediten el parentesco con el solicitante.
- Certificado del Ayuntamiento que acredite la convivencia con el solicitante (no se exige para el cónyuge y los hijos), cuando el funcionario lo considere necesario.
- Auto judicial o Certificado de acogimiento familiar, expedido por la comunidad autónoma.
- Resolución judicial de separación o divorcio donde conste la custodia de los hijos menores y, en su caso, la pensión compensatoria al cónyuge o ex-cónyuge y la de alimentos a hijos.
- Acreditación de residencia habitual en España de extranjeros, mediante certificado de empadronamiento del Ayuntamiento o tarjeta de residencia, cuando el funcionario lo considere necesario.

6.- OTRAS CIRCUNSTANCIAS

- Si ha tenido hijos o abortos de más de seis meses, certificado del Registro Civil que lo acredite, si lo alega.

7.- 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.

En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD

EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 180 días contados desde la fecha en la que su formulario ha sido registrado en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

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 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, 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 cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos requeridos en el bloque 1 referidos al futuro titular y, en su caso, al representante legal si la petición se ha instado por el propio trabajador: 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 02-10-2015) y en el art. 4.3 de la Orden de 18-1-1996 (BOE del día 26).
- Documentos requeridos en los bloques 2, 3 y 4: se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para causar o calcular correctamente su pensión, de acuerdo con lo previsto en el art. 193 y siguientes del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.
- Documentos requeridos en los bloques 5, 6 y 7 y acreditación de identidad de las demás personas que figuran en la solicitud: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la citada Ley 39/2015.

El funcionario podrá requerir documentación complementaria si lo considera necesario.

RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos declarados, 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 va a enviar por correo postal este formulario, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello.

www.seg-social.es

NO OLVIDE IMPRIMIR DOS COPIAS Y CONSERVAR UNA DE ELLAS UNA VEZ PRESENTADA Y REGISTRADA