

PRESTACIONES DE INCAPACIDAD (CB)

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 % 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.
Ponga también la entidad aseguradora (Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o ISM) que tiene concertada.
- 4.- DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN.-** Reseñe los ingresos 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 la 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.
- 5.- 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 % de retención aplicable a su pensión (STS 18-3-2000 y 20-5-2000).
- 6.- DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL.-** 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", proceda de la misma forma que en el apartado anterior, consignando preferentemente el número de asegurado o, en su defecto, el nombre de la empresa, así como el tipo de actividad o profesión que ejercía. 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.
- 7.- 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.
- 8.- 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.
- 9.- DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES.-** Cumplimente y adjunte la documentación requerida según el país en que haya ejercido su actividad laboral.
- 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 recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
- 11.- MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.
Ponga especial cuidado al rellenar las casillas del código IBAN 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

CONVENIOS BILATERALES Y CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO

A INSTANCIA DE: TRABAJADOR ENTIDAD COLABORADORA INSPECCIÓN DE TRABAJO
SERVICIO PÚBLICO DE SALUD INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

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										
Primer apellido					Apellido adquirido por matrimonio					
Segundo apellido					Apellido de nacimiento					
Nombre					Apellidos anteriores					
Fecha nacimiento	Sexo	Estado civil			Está incapacitado judicialmente	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de:	Núm. DNI-NIE-pasaporte		
Día	Hombre <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Separado legalmente <input type="checkbox"/>	Tiene reconocida discapacidad:		Padre	Núm. de la Seguridad Social		
Mes	Mujer <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado con nuevas nupcias <input type="checkbox"/>	Divorciado sin nuevas nupcias <input type="checkbox"/>	de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% <input type="checkbox"/>		Madre	Nacionalidad		
Año	<input type="checkbox"/>	Desde			¿Necesita ayuda de 3ª persona o por movilidad reducida? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Lugar de nacimiento (localidad, provincia/departamento y país)							Fecha de nacionalización			
Domicilio habitual: (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono móvil
Código postal	Localidad				Provincia/Departamento			País de residencia habitual		
1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL										
Actúa en nombre del solicitante como: Representante legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>										
Si actúa en nombre de una persona jurídica, indique: Cargo que ostenta										
Nombre o razón social								CIF:		
Primer apellido			Segundo apellido			Nombre				
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado civil		Núm. DNI-NIE-pasaporte	Núm. Seguridad Social		Nacionalidad			
Domicilio habitual: (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad			Provincia/Departamento			País			

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? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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 por la que no trabajaba en el momento de la baja o no trabaja actualmente:

Trabajador en excedencia Desempleo Trabajador de temporada
 Otra causa: Tiene Convenio Especial con la Seguridad Social Española

Causas de la posible incapacidad

Enfermedad común Enfermedad profesional Accidente no laboral Accidente de trabajo

¿Percebe prestación o subsidio por desempleo? SÍ NO

En caso de RETA o REA C/P ¿tiene protegida la I.T. SÍ NO

¿Cobra subsidio de Incapacidad Temporal? SÍ NO ¿desde qué fecha?

Entidad de cobertura del subsidio por Incapacidad Temporal

Entidad aseguradora de Accidentes de Trabajo

¿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

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 reeducación	<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"/>				
Otras:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

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

¿Ha solicitado en otro país la inscripción a un seguro voluntario o facultativo continuado? NO SÍ

¿En qué país? Incapacidad Vejez Defunción

4. DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN

Ingresos que previsiblemente obtendrán el solicitante (S) y su cónyuge (C) o pareja de hecho (PH) durante todo el año actual, distintos de los del trabajo del que 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 PH	€	€	€	€	

Quando obtenga su prestación ¿va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social? En la Administración ¿Va a ser titular como propietario o arrendatario? Explotación agraria
 Por cuenta propia Explotación marítimo pesquera
 Por cuenta ajena NO SÍ Establecimiento abierto al público

PERÍODO ELEGIDO PARA EL CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN: (Sólo en el caso de accidente no laboral) Desde Hasta

5. DATOS DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL INTERESADO Y A SU CARGO

5.1	CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/> ¿Es funcionario/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Pertenece a algún colegio profesional? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Primer apellido o apellido adquirido por matrimonio	Segundo apellido o apellido de nacimiento	Nombre	Nº DNI-NIE-pasaporte
Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	Núm. de la Seguridad Social
Fecha matrimonio/convivencia	Dirección completa (si es diferente a la del solicitante)		¿Hay convivencia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			¿Ejerce actividad profesional? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

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

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

5.2 HIJOS PROPIOS O APORTADOS POR EL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO

1 ^{er} apellido	.....			.....			.....
2 ^o apellido	.....			.....			.....
Nombre	.....			.....			.....
Nº DNI-NIE-pasaporte	.....			.....			.....
Nacionalidad	.....			.....			.....
Nº Afiliación a la S.S.	.....			.....			.....
Fecha de nacimiento y Estado civil	E. civil		E. civil		E. civil		E. civil		
Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida	de 33% A 64% <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda	de 33% A 64% <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda	de 33% A 64% <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda	de 33% A 64% <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda	
	más de 64% <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	más de 64% <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	más de 64% <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	más de 64% <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Estudia?	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"/>		
Rentas o Prestaciones económicas u otros ingresos que percibe	.....			.....			.....
Importe anual	€		€		€		€		
Institución pagadora	.....			.....			.....
.		
.		
¿Es funcionario/a?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si algún hijo vive en domicilio distinto del familiar (Apellidos y nombre)				Nº DNI-NIE-pasaporte		Dirección completa			
.....						
.....						

5.3 OTROS FAMILIARES Y ACOGIDOS LEGALES O DE HECHO

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

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	<p>Documentos de identidad argentinos: DNI núm.: Libreta cívica núm.:</p> <p>Libreta de enrolamiento núm.: Cédula de identidad núm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Solicite y cumplimente los formularios de solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AUS 140 (deberá entregar la parte B en la Dirección Provincial o Local de este Instituto y guardar la parte A). - Modelo IA: Declaración de bienes e ingresos. Deberá cumplimentarlo.
BRASIL	Carteira profesional, Cardeneta de cotribuoes y el C.P.F. (inscripción catastro de personas físicas).
BOLIVIA	<p>Aportar documentación que justifique la actividad laboral.</p> <p>Núm. de asegurado en Bolivia.</p>
CANADÁ	<p>Fotocopia de la tarjeta de la Seguridad Social canadiense.</p> <p>Que el interesado solicite y cumplimente el formulario E/CAN 1.</p> <p>El interesado debe consignar la última dirección en Canadá.</p>
COLOMBIA	<p>Para los nacionales colombianos: Documentación imprescindible, certificado de los periodos de servicio o de cotización expedido por el Instituto colombiano, cajas fondos o entidades públicas o privadas competentes en materia de Seguridad Social.</p> <p>Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE),</p> <p>Tarjeta de Identidad (T I), Registro Civil o Núm. Único de Identificación (RC o NUIP).</p>
CHILE	Carta poder cobro pensión.
ECUADOR	Boletas de aportes.
ESTADOS UNIDOS	<p>Aportar formulario USA/E-2 cumplimentado y firmado.</p> <p>Núm. de afiliación a la Seguridad Social estadounidense.</p>
MARRUECOS	Núm. de afiliación a la Seguridad Social marroquí (tarjeta de afiliación).
MÉXICO	<p>Aportar documentación que justifique la actividad laboral.</p> <p>Núm. de asegurado a la Seguridad Social mexicana.</p>
PERÚ	<ul style="list-style-type: none"> - Certificado de trabajos con direcciones actualizadas de los empleadores. - Aporte fotocopia del documento de identidad o carné de extranjero de Perú.
RUSIA	<p>Cartilla laboral.</p> <p>Debe solicitar y cumplimentar en lengua rusa el anexo I, al formulario (E/FR-3).</p> <p>Si el solicitante ha percibido en algún momento una pensión rusa, es necesario que cumplimente el formulario E/FR-3BIS.”</p>
URUGUAY.	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

10. OTROS DATOS

10.1	A EFECTOS FISCALES						
Residencia fiscal: Provincia							
País							
Si alguna de las personas consignadas en el punto anterior es un menor adoptado o acogido legalmente, indique:							
Nombre y apellidos		Año de acogimiento	Año de adopción				
.....					
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)						
Domicilio habitual: (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad	Provincia/Departamento			País		
10.4	SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección:						

11. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

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:						
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



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	Núm. DNI - NIE - pasaporte:
---------------------	-----------------------------

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

Funcionario de contacto:

SOLICITUD 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:
1 <input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o equivalente y NIE de: <input type="checkbox"/> Solicitante. <input type="checkbox"/> Representante. <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho. <input type="checkbox"/> Hijos. <input type="checkbox"/> Otros familiares y acogidos.
2 <input type="checkbox"/> Justificante pago cuotas 3 últimos meses
3 <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación legal.
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"/> Libro de familia, Certificación literal o Actas de matrimonio, y convivencia con el solicitante.
7 <input type="checkbox"/> Historial clínico
8 <input type="checkbox"/> Testimonio de resolución judicial (pensión compensatoria o alimentos).
9 <input type="checkbox"/> Auto judicial o Certificado de acogimiento familiar.
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:
Recibí Firma

DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:
1
2
3
4

Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms. <div style="text-align:right">Firma</div> 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 esta solicitud y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido <div style="text-align:right">Firma</div> 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 17-1-2007) 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).

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"/>	<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)							

- (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 del punto 1, en los que será suficiente la exhibición del original)

EN TODOS LOS CASOS

- 1.- 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 A.E.A.T. a efectos de pago.
- 2.- 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.
- 3.- Si está incapacitado judicialmente debe presentar la resolución judicial que lo declare o certificado acreditativo del Registro Civil.

EN CASO DE ENFERMEDAD COMÚN

- 4.- Justificantes de pago de cotizaciones de los últimos 3 meses si es usted el obligado a ingresarlas.

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

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

OTROS DOCUMENTOS

- 7.- Si está en su poder, Historial Clínico elaborado por el Servicio de Salud Pública competente en su Comunidad Autónoma o, en su caso, Informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.
- 8.- Si ha tenido hijos o abortos de más de seis meses, certificado del Registro Civil que lo acredite, si lo alega.

PARA INCLUIR EN ASISTENCIA SANITARIA

- 9.- Libro de familia, o actas del Registro Civil que acrediten el parentesco con el solicitante.
- 10.- 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.
- 11.- Auto judicial o certificado de acogimiento familiar, expedido por la Comunidad Autónoma.
- 12.- 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.
- 13.- Acreditación de residencia habitual en España de extranjeros, mediante certificado de empadronamiento del Ayuntamiento o tarjeta de residencia, cuando el funcionario lo considere necesario.

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.

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 artículo 22 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del 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 este formulario 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 máximo de 10 días contados desde el día siguiente a aquel en que se haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos requeridos en el bloque 1 y 2 (acreditación de identidad del futuro titular y, en su caso, del representante legal), si la petición se ha instado por el propio trabajador se entenderá que desiste de la misma, 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). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Documentos números 3 a 7 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 números 8 a 12 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.

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), dede 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

<https://sede.seg-social.gob.es/>

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO DE ESTE FORMULARIO UNA VEZ PRESENTADO