



## SOLICITUDE DE INCLUSIÓN DE NOVOS FILLOS

PRESTACIÓN FAMILIAR POR FILLO OU MENOR A CARGO  
COMUNICACIÓN DE VARIACIÓN

Antes de comezar a encher a solicitude lea detidamente todos os apartados e as instrucións sobre cada un deles.

Debe encher un único exemplar e presentalo nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social. Para facer máis doada a súa presentación solicite cita previa no teléfono 901 10 65 70 ou en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

### A ENCHER POLA ADMINISTRACIÓN (Nº de expediente)

1

8

### DATOS DO SOLICITANTE

#### DATOS PERSOAIS

|                                     |                 |                             |        |       |      |       |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------|-------|------|-------|
| Primeiro apelido                    | Segundo apelido | Nome                        |        |       |      |       |
| Apelidos de solteira                | DNI/NIE         | Número da Seguridade Social |        |       |      |       |
| Enderezo habitual: (rúa, praza ...) |                 | Bloque                      | Número | Andar | Piso | Porta |
| Código postal                       | Localidade      | Provincia                   |        | País  |      |       |
| Teléfono fixo                       | Teléfono móbil  | Correo electrónico          |        |       |      |       |

### DATOS DO OUTRO PROXENITOR/A, ADOPTANTE OU ACOLLEDOR/A PERMANENTE OU GUARDADOR CON FINS DE ADOPCIÓN

#### DATOS PERSOAIS

|                                                                                                          |                 |                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Primeiro apelido                                                                                         | Segundo apelido | Nome                                                                                                  |  |
| Apelidos de solteira                                                                                     | DNI/NIE         | Número da Seguridade Social                                                                           |  |
| Título de familia numerosa <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                      |                 | Data de expedición do título de familia numerosa .....                                                |  |
| Data de vencemento .....                                                                                 |                 | Se hai fillos con discapacidade, indique cantos .....                                                 |  |
| Título de familia numerosa nº..... Solicitouno? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ |                 | Categoría <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Especial Fecha de solicitud ..... |  |

### DATOS DO CAUSANTE

#### DATOS PERSOAIS

|                                                                                                                            |                                                                                                      |                             |                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primeiro apelido                                                                                                           | Segundo apelido                                                                                      | Nome                        |                                                                                                                                                                                                                            |
| DNI/NIE                                                                                                                    |                                                                                                      | Número da Seguridade Social |                                                                                                                                                                                                                            |
| Data de nacemento                                                                                                          | Sexo<br><input type="checkbox"/> Home<br><input type="checkbox"/> Muller                             | Nacionalidade               | Se é estranxeiro e reside en España: tipo de residencia<br><input type="checkbox"/> De longa duración <input type="checkbox"/> Temporal, vencemento .....<br><input type="checkbox"/> En trámite, data de solicitude ..... |
| Estado civil<br><input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a | ¿Reside en España? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ<br>Indique o país: ..... |                             | País de nacemento                                                                                                                                                                                                          |



|                  |         |   |
|------------------|---------|---|
| Apelidos e nome: | DNI-NIE | ② |
|------------------|---------|---|

|                                                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATOS SOBRE CONVIVENCIA/DEPENDENCIA ECONÓMICA</b>                                                                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       |
| Convive co solicitante <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                  | ¿Traballa? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                              | ¿Está en desempleo? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ ¿Cobra prestación de desempleo? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ |
| Co outro proxenitor <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                     | Ingresos mensuais actuais (rendementos íntegros excluidos os gastos deducibles segundo lexislación fiscal) ..... |                                                                                                                                                                       |
| ¿Cobra algunha/s prestación/es ou subsidio/s incluído/s outro/s de protección familiar? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ |                                                                                                                  | Solicitouna <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                  |
| Contía mensual .....                                                                                                                             | Clase de prestación .....                                                                                        | Organismo ..... País .....                                                                                                                                            |
| <b>DATOS SOBRE A MINUSVALÍA</b>                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       |
| ¿Está incapacitado por sentenza xudicial? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                               | ¿Ten título de minusvalidez? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                            |                                                                                                                                                                       |
| ¿Ten recoñecido algún grao de minusvalidez? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                             | Porcentaxe recoñecida ..... %                                                                                    |                                                                                                                                                                       |
| ¿Ten carácter permanente? N <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                             | No seu caso, data vencemento .....                                                                               |                                                                                                                                                                       |
| ¿Ten recoñecida a axuda de 3ª persoa? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                   | Solicitouna, data de solicitude .....                                                                            |                                                                                                                                                                       |

**DATOS DO SEGUNDO CAUSANTE (no seu caso)**

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| <b>DATOS PERSOAIS</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| Primeiro apelido                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                 | Segundo apelido                                                               |                                                                                                                                                                                                                            | Nome |  |
| DNI/NIE                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                                                                               | Número da Seguridade Social                                                                                                                                                                                                |      |  |
| Data de nacemento                                                                                                                                                                                | Sexo<br><input type="checkbox"/> Home<br><input type="checkbox"/> Muller                                        | Nacionalidade                                                                 | Se é extranxeiro e reside en España: tipo de residencia<br><input type="checkbox"/> De longa duración <input type="checkbox"/> Temporal, vencemento .....<br><input type="checkbox"/> En trámite, data de solicitude ..... |      |  |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Casado/a<br><input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a | ¿Reside en España? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                     |                                                                               | País de nacemento                                                                                                                                                                                                          |      |  |
| Indique o país:.....                                                                                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| <b>DATOS SOBRE CONVIVENCIA/DEPENDENCIA ECONÓMICA</b>                                                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| Convive co solicitante <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                                  | ¿Traballa? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                             | ¿Está en desemprego? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ | ¿Cobra prestación de desemprego? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                                                  |      |  |
| Co outro proxenitor <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                                     | Ingresos mensuais actuais (rendementos íntegros excluidos os gastos deducibles segundo lexislación fiscal)..... |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| ¿Cobra algunha/s prestación/s ou subsidio/s incluído/s outro/s de protección familiar? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                  |                                                                                                                 | Solicitouna <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ          |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| Contía mensual .....                                                                                                                                                                             | Clase de prestación .....                                                                                       | Organismo .....                                                               | País .....                                                                                                                                                                                                                 |      |  |
| <b>DATOS SOBRE A MINUSVALÍA</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| ¿Está incapacitado por sentenza xudicial? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                               | ¿Ten título de minusvalidez? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                           |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| ¿Ten recoñecido algún grao de minusvalidez? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                             | Porcentaxe recoñecida ..... %                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| ¿Ten carácter permanente? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                               | No seu caso, data vencemento .....                                                                              |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |
| ¿Ten recoñecida a axuda de 3ª persoa? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SÍ                                                                                                   | Solicitouna, data de solicitude .....                                                                           |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |      |  |

**DECLARACIÓN DE INGRESOS** (cando se solicita para fillos sen discapacidade)

|                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DO SOLICITANTE</b> (só se é proxenitor/a, adoptante ou acolledor/a familiar permanente ou gardador con fins de adopción). |
| Declaro que os ingresos, por calquera concepto (ver instrucións na volta) foron na contía de ..... €                         |
| <b>DO OUTRO PROXENITOR/A, ADOPTANTE OU ACOLLEDOR/A, FAMILIAR PERMANENTE OU GARDADOR CON FINS DE ADOPCIÓN</b>                 |
| Declaro que os ingresos, por calquera concepto (ver instrucións na volta) foron na contía ..... €                            |

Apelidos e nome:

DNI-NIE

③

**DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude.**

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para consultar e recoller electronicamente os datos ou documentos que se atopen en poder de calquera Administración, cuxo acceso non estea previamente amparado pola lei e que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida:

- ☐ **SI dou o meu consentimento.**
- ☐ **NON dou o meu consentimento.**

**NOTA IMPORTANTE:** En caso de non dar o seu consentimento deberá achegar, no prazo de 10 días hábiles, os documentos que se lle indiquen que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para utilizar o teléfono móbil, o correo electrónico e os datos de contacto consignados nesta solicitude para enviarlla comunicacións en materia de Seguridade Social:

- ☐ **SI dou o meu consentimento.**
- ☐ **NON dou o meu consentimento.**

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS**

|                              |                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RESPONSABLE</b>           | Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)                                                                                                                                     |
| <b>FINALIDADE</b>            | Xestión das prestacións do Sistema da Seguridade Social competencia do INSS                                                                                                        |
| <b>LEXITIMACIÓN</b>          | Exercicio de poderes públicos                                                                                                                                                      |
| <b>DESTINATARIOS</b>         | Só se efectuarán cesións e transferencias previstas legalmente ou autorizadas mediante o seu consentimento                                                                         |
| <b>DEREITOS</b>              | Acceder, rectificar e suprimir os datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional                                                                        |
| <b>PROCEDENCIA</b>           | Recollemos datos doutras administracións e entidades nos termos legalmente previstos                                                                                               |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b> | Pode consultar información adicional e polo miúdo na folla informativa que se achega ao presente formulario no apartado “INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS” |

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

Sinatura do solicitante e do outro titular

# PRESTACIÓN FAMILIAR POR FILLO OU MENOR A CARGO

## INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR OS DATOS DE INGRESOS

1. **Rendementos netos do traballo:** sinalar o importe das retribucións íntegras percibidas (en dineiro e/ou en especie) menos os gastos deducibles, consonte a lexislación fiscal (cotizacións á Seguridade Social, cotas a sindicatos, ...).
2. **Rendementos íntegros do capital mobiliario** (xuros de contas correntes, libretas de aforro, depósitos, ...): sinalar o importe bruto, sen efectuar ningún desconto, dos rendementos obtidos polo capital.
3. **Rendementos netos do capital inmobiliario:** sinalar o importe das rendas derivadas da titularidade de bens inmobles, rústicos ou urbanos, sen ter en conta a vivenda habitual, como consecuencia de arrendamentos ou outro concepto similar menos os gastos deducibles, consonte a lexislación fiscal.
4. **Rendementos netos de actividades económicas:** sinalar o importe dos ingresos obtidos con motivo da realización da actividade económica menos os gastos deducibles, consonte a lexislación fiscal.
5. **Ganancias patrimoniaes:** saldo neto positivo dos gaños patrimoniaes imputables ao exercicio de referencia dos ingresos, derivado da venda de bens mobles (accións, fondos de investimento, ...) ou de bens inmobles.
6. **Prestacións económicas públicas** vinculadas ao servizo, para coidados no entorno familiar e de asistencia persoalizada derivada da Lei de promoción de la autonomía persoal e atención ás las persoas en situación de dependencia.
7. **Prestacións económicas establecidas polas Comunidades Autónomas** en concepto de renda mínima de inserción así como as demais axudas establecidas por estas ou por entidades locais para atender situacións de emerxencia social, necesidades habitacionais ou necesidades de alimentación e escolarización. Tamén as axudas públicas concedidas ás vítimas de violencia de xénero.
8. **Prestacións e axudas familiares percibidas de calquera outra Administración Pública**, xa sexan vencelladas o nacemento, adopción, acollemento ou coidado de fillos menores.

# PRESTACIÓN FAMILIAR POR FILLO OU MENOR A CARGO

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RESPONSABLE DO TRATAMENTO</b>                 | <b>Quen é o responsable do tratamento dos seus datos persoais?</b><br>Instituto Nacional da Seguridade Social<br>Rúa Padre Damián 4<br>CP 28036 Madrid, ESPAÑA<br><a href="https://sede.seg-social.gob.es">https://sede.seg-social.gob.es</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>           | <b>Como pode contactar co Delegado de Protección de Datos?</b><br>Enderezo do Servizo Xurídico da Seguridade Social<br>Rúa Infanta Mercedes, 31<br>CP 28020 Madrid, ESPAÑA<br><a href="https://sede.seg-social.gob.es">https://sede.seg-social.gob.es</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>FINALIDADE DO TRATAMENTO</b>                  | <b>Para que empregaremos os seus datos?</b><br>Os seus datos serán tratados coa finalidade principal de resolver esta solicitude e de xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.<br>O tratamento dos seus datos de contacto terá coma finalidade a realización de comunicacións e remisión de información en materia de Seguridade Social.<br>Os datos persoais proporcionados conservaranse mentres sexan necesarios para xestionar a súa prestación ou as dos seus posibles beneficiarios, así como para outros fins de arquivo e estatística pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>LEXITIMACIÓN DO TRATAMENTO</b>                | <b>Cal é a lexitimación para o tratamento dos seus datos?</b><br>O tratamento dos datos realizarase sobre a base do exercicio de poderes públicos autorizado por unha norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 e concordantes do Real Decreto Lexislativo 8/2015, de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en adiante TRLXSS).<br>Verbo das comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa a outorgalo suporá que non poderá recibir este tipo de envíos, se ben non impedirá que lle podamos informar polos ditos canais do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a proporcionar o seu enderezo de correo electrónico e número de teléfono móbil e que, en caso de non facilitalos, non impedirá o trámite da súa solicitude. |
| <b>DESTINATARIOS DE CESIÓN OU TRANSFERENCIAS</b> | <b>A quen comunicaremos os seus datos?</b><br>Os datos persoais obtidos polo Instituto Nacional da Seguridade Social no exercicio das súas funcións teñen carácter reservado e só se empregarán para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, agás que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS, así como os supostos indicados en calquera outra norma de rango legal.<br>Se se trata dunha solicitude baseada en normativa internacional, os seus datos poderán ser cedidos aos organismos estranxeiros competentes para o trámite da súa solicitude.                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>DEREITOS DAS PERSOAS INTERESADAS</b>          | <b>Cales son os seus dereitos cando nos proporciona os seus datos persoais?</b><br>Verbo dos datos persoais proporcionados, pode exercitar en calquera momento e nos termos establecidos pola normativa de protección de datos os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e oposición, ou ben retirar o consentimento prestado ao seu tratamento nos casos que fose requirido, todo iso mediante escrito presentado nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social (CAISS) ou, por correo postal ou a través da sede electrónica da Seguridade Social, ante o Delegado de Protección de Datos cuxos datos se atopan no segundo apartado desta táboa.<br>Informámoslle de que en caso de considerar que o seu requirimento non foi atendido oportunamente, ten a posibilidade de presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos.                |
| <b>PROCEDENCIA</b>                               | <b>Como obtemos os seus datos persoais?</b><br>Amais dos datos proporcionados por vostede na súa solicitude, recolleemos outros datos persoais doutras administracións e entidades en cumprimento da normativa e co fin de axilizar e facilitar a actuación administrativa. Estes accesos a datos están amparados en normas con rango de lei.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |