

CERTIFICADO DEL EMPLEADOR PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de la prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.
Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SELLO DE ENTRADA
Nº de expediente:

D./Dña. _____ con DNI/NIE/Pasaporte Nº _____
 en calidad de empleador

CERTIFICA QUE, son ciertos los datos relativos a las circunstancias personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan, a efectos de solicitar la prestación de Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

1. DATOS DEL EMPLEADOR			
APELLIDOS Y NOMBRE		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / /	
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO			

2. DATOS DEL TRABAJADOR/A				
APELLIDOS Y NOMBRE		Nº AFILIACIÓN S.S. / /	DNI/NIE/PASAPORTE	
TRAMO DE COTIZACIÓN	TIPO CONTRATO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	FECHA INICIO LABORAL (1) / /	FECHA INICIO REDUCCIÓN / /	% DE REDUCCIÓN (2) %

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA				
3.1 CUMPLIMENTE LAS BASES DE COTIZACIÓN SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES (3)			3.2 HORAS EXTRA Y OTROS CONCEPTOS (AÑO ANTERIOR A HECHO CAUSANTE)	
AÑO	MES	DÍAS COTIZADOS	BASE COTIZACIÓN Contingencias Profesionales (4)	Observaciones:
TOTALES				

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

Firma

En _____ a _____ de _____ de 20__

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.
 La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de su solicitud.

Información básica sobre privacidad

El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la tramitación y la gestión de su solicitud, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. + info. sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas publicada en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>.



INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

Si el/la solicitante estuviera trabajando para varios empleadores, se aportarán tantos certificados como sean necesarios.

- (1) Se indicará la fecha de inicio de la actividad laboral con el empleador.
- (2) Será mínimo un 50%. Reducción afectada por aplicación, en su caso, del artículo 37.5 párrafo tercero, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- (3) Instrucciones de cumplimentación del apartado 3.1 (COTIZACIONES)
 - 1.1 Para personas fijas discontinuas o con jornada a tiempo parcial, se consignarán las bases de cotización de los 3 meses anteriores a la fecha de inicio de la reducción de jornada.
 - 1.2 En el resto de casos, se consignará la base de cotización del mes anterior a la fecha de inicio de la reducción de jornada.
- (4) Se excluirán de las bases de cotización las percepciones por horas extraordinarias.