

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR/A RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS, SOBRE REDUCCIÓN DE SU JORNADA DE TRABAJO PARA EL 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 su 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:

Don/Doña _____ con DNI/NIE/pasaporte _____ y
número de la Seguridad Social _____ y domicilio en _____

DECLARA

Que su actividad económica, oficio o profesión es _____
con domicilio en _____
que en razón de la misma se encuentra incluido en el Régimen Especial de _____

Y que, para acceder a la prestación económica del cuidado del menor enfermo a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un ____%. (La reducción de jornada ha de ser de un mínimo de 50%)

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma

Antes de firmar este formulario, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

Información básica sobre privacidad

Todos los datos son obligatorios para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, 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. Más información sobre protección de datos y sus derechos en las políticas de privacidad aplicables a la gestión de prestaciones y a los pacientes publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>. Contacto DPD: dpd@mutuabalear.es