

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación. Puede presentar esta solicitud en su oficina de FREMAP más cercana. Para más información al respecto puede consultar www.FREMAP.es o contactar con la Línea 900 61 00 61.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación

Fecha de Nacimiento:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

En condición de:

PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE/TUTOR

CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

Trabajador por cuenta propia

Autónomo que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil

Trabajador del SETA

TRADE

Ninguno de los anteriores

Trabajador por cuenta ajena

Fijo

Fijo discontinuo (fin de campaña)

A tiempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empleada del hogar (tipo de contrato)

Interna

Tiempo parcial

Externa

Un hogar familiar

Jornada completa

Varios hogares familiares

Relación con el menor

Progenitor

Tutor

Acogedor preadoptivo/permanente

Adoptante

Otras

¿Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses?

Incapacidad Temporal

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Nacimiento y cuidado de menor

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR/ACOGEDOR/ADOPTANTE/TUTOR

Apellidos y Nombre:

D.N.I. / N.I.F.:

Nº de Afiliación

Fecha de Nacimiento:

Nº de Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Trabajador de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)

Trabajador por cuenta propia

Autónomo que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil

Trabajador del SETA

TRADE

Ninguno de los anteriores

Trabajador por cuenta ajena

Fijo

Fijo discontinuo (fin de campaña)

A tiempo parcial

Eventual (fin de contrato)

Empleada del hogar (tipo de contrato)

Interna

Tiempo parcial

Externa

Un hogar familiar

Jornada completa

Varios hogares familiares

Relación con el menor

Progenitor

Tutor

Acogedor preadoptivo/permanente

Adoptante

Otras

¿Ha permanecido en alguna de estas situaciones en los últimos 6 meses?

Incapacidad Temporal

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Nacimiento y cuidado de menor

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural

Fecha de Inicio

Fecha de Fin

3. DATOS DE LOS MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Apellidos y Nombre:

DNI-NIF

Fecha de Nacimiento

Fecha Diagnóstico

Apellidos y Nombre:

DNI-NIF

Fecha de Nacimiento

Fecha Diagnóstico

Apellidos y Nombre:

DNI-NIF

Fecha de Nacimiento

Fecha Diagnóstico

4. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Ingreso hospitalario del menor, desde _____ hasta _____

La jornada laboral antes de la reducción de jornada era:

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

Otro horario: (especifique si realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indicar número de horas) _____ horas a la semana

Fecha de inicio de la jornada reducida _____

La jornada laboral a partir de la reducción de jornada es:

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

De: (día de la semana) _____ A: (día de la semana) _____ Desde las _____ h. hasta _____ h.

Otro horario: (especifique si realiza un horario diferente)

Realizando un total de (indicar número de horas) _____ horas a la semana

La reducción de la jornada de trabajo respecto de una jornada a tiempo completo (deberá ser al menos de un 50%, e inferior al 100%) es de un _____ %

5. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Banco _____ IBAN: _____

Calle y Localidad de la Sucursal: _____

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igual-mente que quedo enterado de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me reconozca la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma del trabajador)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder, de acuerdo con la normativa vigente, así como realizar encuestas de calidad que permitan una mejora de la gestión desarrollada (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Apellidos y Nombre: Teléfono:
DNI - NIF: Nº de Afiliación S.S.:
Relación con el menor
Progenitor Tutor Acogedor preadoptivo/permanente
Adoptante Otras

2. DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor

Apellidos y Nombre: N. de colegiado:
Especialidad/Cargo: Hospital/Centro Sanitario:
Localidad:

Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud

Entidad sanitaria privada⁽¹⁾:

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Apellidos y Nombre:
DNI - NIF⁽²⁾: F. de Nacimiento: Localidad
Diagnóstico: Código⁽³⁾:

Ingresos hospitalarios

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Desde: Hasta: Hospital / Centro Sanitario:

Evaluación de necesidades de cuidado directo, continuo y permanente:

A. Terapias y cuidados

A.1 Terapias intravenosas y subcutáneas

Antibióterapia	Quimioterapia	Fluidoterapia	Transfusiones
Analgesia	Otros		

A.2 Terapias nutricionales / digestivas

Nutrición enteral diurna	Nutrición enteral nocturna	Nutrición parenteral diurna	Nutrición parenteral diurna
Sonda nasogástrica	Gastrostomía	Yeyunostomía	Ileostomía

Colostomía

A.3 Terapias respiratorias

Traqueostomía	Ventilación mecánica invasiva	Ventilación mecánica no Invasiva diurna	Ventilación mecánica no Invasiva exclusivanocurna
Aspiración de secreciones	Oxigenoterapia	Asistente de la tos	Marcapasos diafragmáticos
Movilización mucociliar chalecos			

A.4 Cuidados quirúrgicos

Cura quirúrgica

Cura completa

Cuidados ostomías

A.5 Terapias urológicas / nefrológicas

Sondaje vesical
intermitente

Cistostomía permanente

Ureterostomía

Hemodiálisis

Diálisis peritoneal

A.6 Monitorización

Neumocardiograma

B. A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:

- a) Inmunosupresión importante
- b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
- c) Epilepsia de difícil control
- d) Otros (Especificar detalladamente)

C. ¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? SI NO

¿Tiene un centro asignado? SI NO

D. ¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? SI NO

4. CERTIFICADO DEL MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD ⁽⁴⁾

Apellidos y Nombre:

N. de colegiado:

Especialidad/Cargo:

Hospital/Centro Sanitario:

Localidad:

5. PERIODO ESTIMADO DE DURACIÓN de la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor/acogedor/adoptante/tutor

Desde: Hasta:

(1) Indicar nombre de la entidad sanitaria.

(2) Para mayores de 14 años.

(3) Indicar el código que aparece en el listado de enfermedades en el Real Decreto 1148/2011.

(4) Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.

En _____, a _____ de _____ de _____

(Firma y sello)

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES, SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO AMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

Advertencia: De acuerdo con lo establecido en los artículos 135 quáter, de la Ley General de la Seguridad Social y 49 e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público esta prestación para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, no podrá concederse si el progenitor solicitante fuera Funcionario Público, ni es compatible con la percepción, por parte del otro progenitor, del permiso retribuido que el artículo 49.e) de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público establece para estos mismos supuestos, a favor de los Funcionarios Públicos.

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

Nº de Afiliación S.S.:

y

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

Nº de Afiliación S.S.:

como progenitores/adoptantes/tutores del menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación

ACUERDAN

que sea D. / Dña.:

quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por el cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará con fecha

En

, a

de

de

Firma

Firma

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, le informamos que los datos personales facilitados serán tratados, en calidad de Responsable del tratamiento, por FREMAP MUTUA COLABORADORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº 61, con domicilio en Carretera de Pozuelo Nº 61, 28.222 Majadahonda -MADRID.

La finalidad de la recogida y tratamiento de sus datos es poder gestionar las prestaciones que tiene encomendadas la Mutua y que le pudieran corresponder, de acuerdo con la normativa vigente, así como realizar encuestas de calidad que permitan una mejora de la gestión desarrollada (artículo 6.1 c) del citado Reglamento).

Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar contra la entidad.

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de las oficinas u hospitales de FREMAP o por correo electrónico dirigido a derechos_arco@fremap.es firmando la solicitud con certificado electrónico. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D. / Dña.:

DNI / NIE / Pasaporte:

Nº de Afiliación S.S.:

Domicilio:

declara bajo su responsabilidad que:

1. ¿Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza? Si No

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en:

Teléfono:

Que como trabajador autónomo la actividad económica, oficio o profesión que realiza es la de

2. ¿Es un trabajador/a autónomo/a económicamente dependiente (TRADE)? Si No
(art. 11 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.)

Si contestó que **SI**, especifique los datos de su **CLIENTE PRINCIPAL**:

Razón Social:

NIF

Dirección:

Teléfono:

3. Que para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo desde el día de de , tal y como se ha detallado en la segunda página de esta solicitud.

4. Que con anterioridad a la reducción de jornada, el negocio se gestionaba:

Con los siguientes medios humanos (nº de empleados, socios, etc.):

El horario del negocio era a ; durante los siguientes días de la semana de a

5. Que durante la reducción de jornada por cuidado de hijo con cáncer u otra enfermedad grave, el negocio queda en la siguiente situación:

Cierre del establecimiento, inactividad parcial, persona a cargo del negocio (indicar lo que en su caso proceda):

Con los siguientes medios humanos (nº de empleados, socios, etc.):

El horario del negocio era a ; durante los siguientes días de la semana de a

En , a de de

Firma

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas, o cumplimente directamente este formulario a través de www.FREMAP.es.

Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda. La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

1. Esta solicitud deberá ser firmada mediante certificado digital o con firma original o presencial en las instalaciones de FREMAP, incluso cuando se hubiese cursado de forma anticipada mediante la plataforma FREMAP CONTIGO. En el caso de que la firma no sea mediante certificado digital, deberá acreditarse la identidad del solicitante con la presentación en persona del original del DNI o documento oficial que lo sustituya, que será cotejado por FREMAP y le será devuelto (por favor, en ningún caso debe aportarse con el resto de documentación fotocopia del DNI). Si se remite la solicitud con la firma original, podrá evitarse la personación física en las oficinas de FREMAP para acreditar la identidad del solicitante mediante la aportación de un certificado actualizado de la cuenta corriente que haya consignado para el abono de la prestación, debiendo aparecer como titular en dicho certificado o, en su defecto, un recibo bancario con algún cargo, de fecha no anterior al mes previo a la solicitud de la prestación, en el que conste completo el IBAN y su titularidad de la cuenta corriente de cargo.
2. Documentación relativa a la cotización:
 - a. Para los Artistas y Profesionales Taurinos: Declaración de actividades y justificantes de actuaciones que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
 - b. Trabajadores responsables del ingreso de las cuotas. Fotocopia del boletín de cotización del mes anterior al de reducción de la jornada.
3. Documentación relativa a la relación con el causante:
 - a. Para Progenitor\Acogedor\Adoptante\Tutor: Libro de familia, o en su defecto, certificado de la inscripción del hijo en el Registro Civil o resolución judicial/administrativa de la adopción, acogimiento o designación como tutor.
 - b. Para Cónyuge o Pareja de Hecho: Certificado de Matrimonio o, en caso de Pareja de Hecho, certificado del Registro de Pareja de Hecho o copia de la escritura notarial de su constitución.
4. En el supuesto de no convivencia de los progenitores/adoptantes/acogedores/tutores, y en ausencia de acuerdo sobre el que debe percibir la prestación, documentación que acredite la custodia o a cargo de quién está el menor.
5. En el caso de familias monoparentales: Libro de familia en el que conste un solo progenitor/adoptante/acogedor/tutor o, en el caso de que consten dos progenitor/adoptante/acogedor/tutor, certificado de defunción de uno de ellos, o resolución judicial en la que se declare el abandono familiar de uno de ellos.
6. Si el otro progenitor/adoptante/acogedor/tutor (según corresponda en cada caso):
 - a. Es Funcionario Público; debe aportar Certificado de la Administración de la que dependa, en el que quede constancia que no es perceptor de permiso retribuido por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, conforme al artículo 49.e) de la Ley 7/2007 de 12 de Abril del Estatuto Básico del Empleado Público.
 - b. Es Profesional ajeno al Sistema de la Seguridad Social: debe aportar Certificado de pertenencia a la Mutualidad de Colegio Profesional al que pertenezca.
7. Si el solicitante progenitor/adoptante/acogedor/tutor:
 - a. Es trabajador por cuenta ajena del Régimen General de la Seguridad Social, deberá aportar copia del contrato de trabajo vigente.
 - b. Es TRADE, deberá aportar copia del contrato mercantil con su cliente principal, debidamente sellado en el Servicio Público de Empleo.
 - c. Es empleado del hogar, deberá aportar fotocopia del contrato de trabajo.
8. Certificado de cotizaciones suscrito por la empresa o el empleador, en el formulario facilitado por la empresa o por FREMAP.
9. Están exentas en todo el territorio nacional las rentas por prestaciones y ayudas familiares percibidas de cualquiera de las Administraciones Públicas, ya sean vinculadas a nacimiento, adopción, acogimiento o cuidado de hijos menores, conforme a lo que establece el artículo 7.z) de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del IRPF y, en la Comunidad Foral de Navarra, mediante la modificación introducida por la Ley Foral 25/2016, de 28 de diciembre, con efectos del 1 de enero de 2017, del artículo 7.k), cuarto párrafo del Texto Refundido de la Ley Foral sobre IRPF aprobado por Decreto Foral Legislativo 4/2008, de 2 de junio.
10. Para poder mantener el derecho a la prestación a partir de los 23 años de edad del causante y hasta como máximo cumplir los 26 años, será preciso aportar certificado o documento acreditativo de que en el mismo concurre antes de los 23 años un grado de discapacidad igual o superior al 65%

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR VÍA DIGITAL: Esta solicitud podrá ser firmada mediante certificado digital y remitida por correo electrónico; en caso contrario, deberá presentarse el original suscrito por el solicitante. La documentación complementaria, que igualmente puede ser enviada por correo electrónico, deberá tener formato PDF, ya que serán rechazados los documentos que se reciban en cualquier otro formato (por ejemplo, TIFF) por su tamaño de almacenamiento.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento.
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas
NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.)
(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida Igual o superior al 65%

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)						Cómputo por entero de hijos o descendientes	
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.						En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.	
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)				Convivencia con otros descendientes	
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).	
Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

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 procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En _____, día _____ de _____ de _____

Firma del perceptor: _____

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: _____
acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En _____, día _____ de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: _____

Fdo.: D / D.ª _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo

145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento. 1
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas 2
NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)
- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) 3
(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida Igual o superior al 65%

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:

Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)

Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	Cómputo por entero de hijos o descendientes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cómputo por entero de hijos o descendientes

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)

Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	Convivencia con otros descendientes
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Convivencia con otros descendientes

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013. 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 procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En _____, día _____ de _____ de _____

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:
acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En _____, día _____ de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D / D.ª

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para el perceptor