



INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIA DE:

- ENTIDAD COLABORADORA
- SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

- TRABAJADOR
- INSPECCIÓN DE TRABAJO
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ATENCIÓN: Si ha trabajado usted en el EXTRANJERO debe pedir otro modelo de solicitud.

– Comience por esta misma página, pero antes 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 prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|---|---|-------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|------------------------------|----------------|
| 1.1 DEL FUTURO TITULAR DE LA PRESTACIÓN (SOLICITANTE) | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido | | | | Segundo apellido | | | | Nombre | | | |
| Fecha de nacimiento | | Sexo | Está usted: | | | Tiene reconocida discapacidad | | Nombre de: | | Número DNI - NIE - pasaporte | |
| Día | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente | <input type="checkbox"/> de 33% a 64% | Padre | Número DNI - NIE - pasaporte | Nº afiliación a Seguridad Social | Madre | Nacionalidad | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Mes | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> más de 64% | | | | | | | |
| Año | <input type="checkbox"/> Viudo/a | <input type="checkbox"/> Con pareja de hecho | ¿Necesita ayuda de 3ª persona o por movilidad reducida? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | | | Provincia |  |  |  |  |  |  |  | País |
| Código postal | | Localidad | | Provincia | País | | | | | | |
| 1.2 DEL REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | | | |
| Primer apellido | | | | Segundo apellido | | | | Nombre | | | |
| Fecha de nacimiento | | Sexo / E. civil | Nº DNI - NIE - pasaporte | | | Nº afiliación a Seguridad Social | | Nacionalidad | | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Actúa en nombre del solicitante como: <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Apoderado | | | | | | | | | | | |
| Si actúa en nombre de una persona jurídica, indique: Cargo que ostenta | | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social | | | | | | | | | | CIF: | |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | | | Provincia | País | | | | | | |
| Código postal | | Localidad | | Provincia | 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:

3. DATOS SOBRE PARTOS DE LA SOLICITANTE

Indique, en su caso, la fecha de todos los partos que ha tenido siendo residente en territorio español, así como el número de abortos de más de seis meses de gestación y de hijos nacidos vivos en cada uno de ellos, siempre que unos y otros consten inscritos en el Registro Civil, con independencia de que los últimos sobrevivan o no actualmente y de su edad en este momento.

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha del parto | | | | | | |
| Nº de hijos vivos más de 24 horas | | | | | | |
| Nº de abortos e hijos fallecidos antes de las 24 horas | | | | | | |

4. DATOS SOBRE SU FUTURA PRESTACIÓN

Causa de la posible incapacidad: enfermedad común enfermedad profesional accidente de trabajo accidente no laboral

SI ESTÁ DE BAJA MÉDICA: Fecha de la baja / / ¿Trabajaba en esa fecha?: NO Sí

Ingresos que previsiblemente obtendrán el solicitante (S) y su cónyuge (C) o pareja de hecho (P) durante todo el año actual, distintos de los del trabajo del que se 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) | Valor de los bienes patrimoniales por los que no perciba rendimientos, excluida la vivienda habitual | Pensiones públicas de organismos extranjeros | |
|-----------|---|--|---|--|--|------|
| | | | | | Importe bruto | País |
| S | € | € | € | € | € | |
| C | € | € | € | € | € | |
| P | € | € | € | € | € | |

Cuando obtenga su prestación:

Va a seguir trabajando y cotizando a la Seguridad Social: NO Sí: de explotación agraria de explotación marítimo pesquera
 en la Administración por cuenta propia por cuenta ajena de establecimiento abierto al público

Va a ser titular, propietario o arrendatario: NO Sí:

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

¿Ha cotizado alguna vez al régimen de Clases Pasivas del Estado? Sí NO

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

5.1 CÓNYUGE **o PAREJA DE HECHO** : Es funcionario/a Sí NO Pertenece a un colegio profesional Sí NO

| | | | |
|--|------------------|--------------|--------------------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | Nº DNI - NIE - pasaporte |
| Fecha de nacimiento | Sexo | Nacionalidad | Nº afiliación S. Social |
| Convivencia de más de 1 año con su pareja: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | | | |

5.2 HIJOS PROPIOS O APORTADOS, OTROS FAMILIARES Y ACOGIDOS LEGALES O DE HECHO

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1 ^{er} apellido | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2 ^o apellido | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Nombre | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Parentesco | | | | |
| Nacionalidad | | | | |
| Nº DNI-NIE-pasaporte | | | | |
| Nº Afiliación S.S. | | | | |
| Fecha nacimiento y Estado civil | / / | E. civil | / / | E. civil |
| Discapacidad y ayuda de 3ª persona o movilidad reducida | <input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% | Ayuda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> de 33% a 64% <input type="checkbox"/> más de 64% | Ayuda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Convive también con el otro progenitor | <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"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Meses al año que convive con usted | | | | |
| Rentas anuales de trabajo | € | € | € | € |
| Otras rentas anuales y/o pensiones | € | € | € | € |
| Pertenece a un colegio profesional | <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"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |
| Es funcionario/a de alguna Administración Pública | <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"/> Sí <input type="checkbox"/> NO |

6. ALEGACIONES**7. OTROS DATOS****7.1 A EFECTOS FISCALES**

| | | | |
|---|--|--------------------|-----------------|
| Residencia fiscal: Provincia | | País | |
| Si alguna de las personas consignadas en el punto 5.2 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 (incluido usted): | | | |
| - 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 su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

- Tabla general. N° de hijos.....
- Tabla de pensionistas
- Tipo voluntario: %

7.2 LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia:

7.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------|--|--|--|-----------|--------|----------|------|--------|----------------|
| Domicilio (calle o plaza) | | | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono fijo |
| | | | | | | | | | | Teléfono móvil |
| Código postal | Localidad | | | | Provincia | | | | | País |
| | | | | | | | | | | |

7.4 SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección:

8. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

| | | | | |
|--|---------|--|------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> POR BANCO O CAJA DE AHORROS | | <input type="checkbox"/> POR GIRO POSTAL | | |
| PAGO EN ESPAÑA <input type="checkbox"/> en ventanilla <input type="checkbox"/> en cuenta del: <input type="checkbox"/> interesado <input type="checkbox"/> representante legal | | | | |
| CÓDIGO CUENTA CLIENTE | ENTIDAD | SUCURSAL | D. CONTROL | NÚMERO DE CUENTA |
| | | | | |
| PAGO EN EL EXTRANJERO <input type="checkbox"/> cheque | | | | |
| <input type="checkbox"/> transferencia: imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos vigentes en ese país. | | | | |
| PAÍS: | | | | |

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 Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, asimismo, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la O.M. de 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, con garantía de confidencialidad, así como la consulta de mis datos de identificación personal y residencia, 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 INSS |
| Funcionario de contacto: | |

FORMULARIO DE PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

A INSTANCIA DE:

ENTIDAD COLABORADORA

SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

TRABAJADOR

INSPECCIÓN DE TRABAJO

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

| DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DEL FORMULARIO POR EL INSS: | DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE: |
|--|---|
| <p>1 <input type="checkbox"/> DNI, pasaporte o equivalente y NIE de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros familiares y acogidos <p>2 <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación legal.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Documentos de cotización de los últimos meses, facilitados por:</p> <p><input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> SPEE</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional.</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Certificado empresarial de salarios reales</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Certificado/tarjeta de demandante de empleo del solicitante que esté en paro involuntario.</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Historial clínico.</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Libro de familia, certificación literal o actas de matrimonio, de existencia de abortos, parentesco, y convivencia con el solicitante.</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Testimonio de resolución judicial (pensión compensatoria o alimentos).</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Auto judicial o certificado de acogimiento familiar</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento o tarjeta de residencia</p> <p><input type="checkbox"/> Otros documentos:</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> |
| <p>Recibí</p> <p>Firma</p> | <p>Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms.</p> <p>Firma</p> <p>Cargo y nombre del funcionario</p> <p>Fecha Lugar</p> |
| | <p>DILIGENCIA DE COMPULSA:</p> <p>A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.</p> <p>Firma</p> <p>Cargo y nombre del funcionario</p> <p>Fecha Lugar</p> |

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 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la pensión que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

INCAPACIDAD

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 SOBRE PARTOS DE LA SOLICITANTE.- Los hijos que han sobrevivido más de 24 horas fuera del seno materno dan derecho a computar días de cotización aunque no se estuviese en situación de activo. Los hijos fallecidos antes de las 24 horas de vida y los abortos de más de 6 meses de gestación también pueden dar derecho a ese cómputo. Todos ellos deben figurar inscritos en el Registro Civil para producir efectos.

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 las 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.- 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.

7.- 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.

8.- MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.- Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente 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.

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 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 AEAT a efectos de pago.
- 2.- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso.
- 3.- Bases de cotización de los últimos meses a través de:
 - Certificación de la última empresa o empresas en las que ha trabajado.
 - Justificantes de pago de cuotas si es usted el obligado al ingreso de las mismas.
 - Certificado expedido por el SPEE u organismo competente en su Comunidad Autónoma, si está usted en desempleo.

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

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

OTROS DOCUMENTOS:

- 6.- Tarjeta de demandante de empleo del SPEE u organismo competente, si se encuentra en situación de paro involuntario no subsidiado.
- 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 algún aborto de más de seis meses o hijos fallecidos antes de las 24 horas de vida, certificado del Registro Civil donde conste su existencia.

PARA INCLUIR EN ASISTENCIA SANITARIA:

- 9.- Libro de Familia, Certificación literal 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 cuantía de la pensión compensatoria al cónyuge o la anualidad por 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.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 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 135 días contados desde la fecha en la que su formulario ha sido registrado en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, 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. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el siguiente a aquel en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 1 (acreditación de identidad del futuro titular y, en su caso, del representante legal) y 2 a 5: 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. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99). 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 1 (acreditación de identidad de las demás personas que figuran en el formulario) y 6 a 13: 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. 80 de la citada Ley 30/1992.

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) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) 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

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