

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

## SOLICITUD POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

### PERSONAL LABORAL

<b>1. SOLICITANTE</b>		NIP (Número de Identificación Personal) _____	
Ape.1 _____	Ape.2 _____	Nombre _____	D.N.I. _____
Correo Electrónico _____		Teléfono Fijo _____	Teléfono Móvil _____
Cuerpo, Escala, Categoría, Grupo Profesional _____		Grupo _____	Nº Registro de Personal (Funcionarios) _____
Puesto de trabajo _____		Unidad _____	
Localidad _____		Provincia _____	
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor		<input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo / permanente	
<b>1.1 INFORMACIÓN TELEMÁTICA</b>			
¿Desea recibir información por SMS?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>1.2 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR</b>			
¿Es familia monoparental?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se entenderá por familia monoparental, la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye, el sustentador único de la familia.			
<b>2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR / ADOPTANTE / ACOGEDOR</b>			
Ape.1 _____	Ape.2 _____	Nombre _____	D.N.I. _____
Nº de la Seguridad Social _____	¿Trabaja por cuenta ajena o propia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pertenece en razón de su actividad al:		¿Es empleado público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Régimen de la Seguridad Social			
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de	_____	Otros	_____
<b>3. DATOS DEL MENOR / ES</b>			
Apellidos y nombre _____		D.N.I.-NIE-PASAPORTE _____	Fecha Nacimiento _____
Apellidos y nombre _____		D.N.I.-NIE-PASAPORTE _____	Fecha Nacimiento _____
<b>4. REDUCCIÓN DE JORNADA</b>			
Fecha de ingreso hospitalario del menor _____		Fecha de inicio de la jornada reducida _____	
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%) _____		Nuevo horario reducido de _____ a _____	
<b>Lugar y fecha</b>		<b>Firma del solicitante</b>	
En _____, a ____ de _____ del ____			

DECLARO: Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la reducción de jornada por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, con derecho al total de las retenciones íntegras, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos S.A., cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

El solicitante autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en esta solicitud queden incorporados a la base de datos de Gestión de Recursos Humanos, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos. El solicitante, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal: Vía Dublin, 7, 28070 Madrid.

## PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

### PERSONAL LABORAL

#### 1. Información

Es la prestación económica destinada a los progenitores, adoptantes o acogedores que reducen su jornada de trabajo para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra grave enfermedad de las incluidas en el listado del [anexo del RD 1148/2011, de 29 de julio](#).

El subsidio tiene por objeto compensar la pérdida de ingresos que sufren los interesados al tener que reducir su jornada, con la consiguiente disminución de su salario, por la necesidad de cuidar de manera directa, continua y permanente a los hijos o menores a su cargo, durante el tiempo de su hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

#### 2. Requisitos

Que los hijos o menores acogidos a cargo del beneficiario:

- Sean menores de 18 años.
- Padezcan cáncer o una enfermedad grave que requiera ingreso hospitalario de larga duración.
- Y, además, precisen cuidado directo, continuo y permanente de sus progenitores, adoptantes o acogedores

Que el solicitante reduzca su jornada de trabajo en, al menos, un 50% de su duración. El subsidio se reconocerá en proporción al porcentaje de reducción que experimente en su jornada de trabajo.

Cuando ambos progenitores, adoptantes o acogedores tuvieran derecho al subsidio, sólo podrá ser reconocido en favor de uno de ellos.

#### 3. Tramitación

**La solicitud** de la prestación se debe hacer en la mutua colaboradora con la Seguridad Social, que en el caso de Correos es **La Fraternidad-Muprespa**.

En el enlace a continuación encontrarás todos los documentos, trámites y plazos que debes conocer a la hora de solicitar la prestación:

[https://www.fraternidad.com/Trabajadores/es-ES/contenidos/PRESTACION-ECONOMICA-POR-CUIDADO-DE-MENORES-AFECTADOS-POR-CANCER\\_6\\_6\\_1.html](https://www.fraternidad.com/Trabajadores/es-ES/contenidos/PRESTACION-ECONOMICA-POR-CUIDADO-DE-MENORES-AFECTADOS-POR-CANCER_6_6_1.html)

En el enlace a continuación puedes encontrar todos los centros que tiene La Fraternidad en tu provincia.

[https://www.fraternidad.com/Trabajadores/es-ES/contenidos/TELEFONOS-Y-DIRECCIONES-OFCINAS-Y-CENTROS-ASISTENCIALES-DE-FRATERNIDAD-MUPRESPA\\_2\\_6\\_70.html](https://www.fraternidad.com/Trabajadores/es-ES/contenidos/TELEFONOS-Y-DIRECCIONES-OFCINAS-Y-CENTROS-ASISTENCIALES-DE-FRATERNIDAD-MUPRESPA_2_6_70.html)

**La gestión y el pago** de la prestación se llevará a cabo por la citada Mutua, realizándose el abono del subsidio en la fecha de inicio de los efectos económicos de la prestación, por períodos mensuales vencidos.

**Debes presentar en Recursos Humanos de tu provincia o en Gestión de Personal Laboral (en el caso del Centro Directivo) la resolución que te remita La Fraternidad en la que se indica el porcentaje de la reducción de jornada que te ha sido concedida, ya que es condición indispensable para que se pueda gestionar el pago de la prestación. Así mismo, debes informar sobre cualquier cambio o modificación que se produzca en la prestación concedida, enviando la correspondiente resolución emitida por La Fraternidad a Recursos Humanos, según corresponda.**

**Por parte de la empresa, se emitirá resolución en la que se indicará la reducción de jornada que ha sido concedida al trabajador, así como el certificado de empresa solicitado por la La Fraternidad para gestionar la prestación.**

**ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

con D.N.I. - NIE - Pasaporte \_\_\_\_\_

**Y**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con D.N.I. - NIE - Pasaporte \_\_\_\_\_

Como progenitores / adoptantes / tutores del menor, y teniendo ambos el derecho a solicitar la reducción de jornada de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

**ACUERDAN,**

Que sea D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Funcionario/a del Cuerpo \_\_\_\_\_ destinado en la S.E. Correos y Telégrafos S.A., quien solicite la

reducción de jornada para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, percibiendo las

retribuciones íntegras que iniciará con fecha

Utilice el calendario desplegable para su cumplimentación.

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

Fdo:

Fdo:

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_