

Solicitud de ayuda social

			Nº siniestro		
			Nº expediente:		
1. Datos del trabajador		Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D. N. I.
Edad	Teléfono	Domicilio, código postal, localidad y provincia			

2. Situación del trabajador

<input type="checkbox"/> Baja médica	<input type="checkbox"/> Alta curado	<input type="checkbox"/> Pendiente de resolución	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Paro	<input type="checkbox"/> Finalizó contrato	<input type="checkbox"/> Trabaja
Fecha accidente trabajo o enfermedad profesional y recaídas	Fechas altas médicas	Profesión		De estar en activo, tipo de contrato laboral		
Contingencia <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional		Incapacidad reconocida o previsible		Ingresos brutos mensuales		
Secuelas o lesiones:				i.t. : pensión : salario : desempleo : otros : Total ingresos:		

Gastos mensuales de la unidad familiar

Hipoteca	<input type="text"/>	Préstamo personal	<input type="text"/>	Vehículo	<input type="text"/>	Entidad 1	<input type="text"/>
Alquiler	<input type="text"/>	Préstamo personal	<input type="text"/>	Pensión alimenticia	<input type="text"/>	Entidad financiera	<input type="text"/>

¿Ha percibido o percibirá otra indemnización por el accidente?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Fecha	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Por convenio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Por domiciliación de nómina	<input type="checkbox"/> Circulación	Importe	<input type="text"/>
<small>(De no haberse percibido todavía, indicar cuantía y fecha aproximadas)</small>					

Nivel de estudios o preparación

<input type="checkbox"/> No sabe leer-escribir	<input type="checkbox"/> Sabe leer-escribir	<input type="checkbox"/> Estudios primarios
<input type="checkbox"/> Estudios medios	<input type="checkbox"/> Formación Profesional	<input type="checkbox"/> Estudios superiores

3. Referencia de la empresa

Razón social	C.C.C.
Domicilio, código postal, localidad y provincia	

El concepto de prestación social tiene la consideración de retribución del trabajo, bien dineraria o en especies, a los efectos del impuesto de la renta de las personas físicas. La Mutua informará del pago de la prestación a la Agencia Tributaria.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, Asepeyo matepss nº 151, con CIF G-08215824, le informa que sus datos de carácter personal serán incorporados a un fichero debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos teniendo como única finalidad la gestión de la prestación objeto de la presente solicitud. Los datos facilitados no serán comunicados a ningún tercero. Le informamos que Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, modificación, cancelación y/o oposición a través de la dirección asepeyo@asepeyo.es, contactando con nuestro servicio de atención al usuario (902 151 002), mediante escrito dirigido a Asepeyo, Vía Augusta nº 36, 08006 Barcelona y/o personándose en uno de nuestros centros asistenciales.

4. Miembros que conviven en la unidad familiar (sin incluir al trabajador)

Apellidos y nombre	Edad	Parentesco con el accidentado	Actividad actual	Ingresos brutos mensuales	Coste de los estudios

5. Petición que se realiza

Cuantía	
Motivo y destino de la ayuda	

El solicitante se compromete a aportar los recibos o justificantes del destino de la ayuda o, en caso contrario, a devolver la cuantía percibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante:

A cumplimentar por la Mutua

--

Imprescindible adjuntar fotocopia de:

- * Última declaración de la renta
- * Documento Nacional de Identidad del solicitante
- * Justificante de las lesiones o secuelas: informe médico actual, resolución o sentencia
- * Justificante de los ingresos económicos de todos los miembros de la unidad familiar: recibo nómina, recibo i.t., revalorización del INSS sobre la pensión, certificado del Inem, etc, según los casos particulares
- * Presupuesto o facturas del coste de lo solicitado
- * Cuanto se crea preciso para demostrar la situación que se plantea

Esta hoja se cumplimentará únicamente cuando no coincida el accidentado con el beneficiario de la ayuda

6. Datos personales del beneficiario

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	D. N. I.
Edad	Teléfono	Domicilio, código postal, localidad y provincia	

7. Datos de la situación del beneficiario

<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> pensionista <input type="checkbox"/> sus labores <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> baja médica <input type="checkbox"/> otros					
Parentesco con el accidentado		Profesión		Tipo del contrato laboral	
De estar incapacitado, indicar grado, contingencia y secuelas				Ingresos brutos mensuales	
				pensión : _____ salario : _____ desempleo : _____ otros : _____ Total ingresos: _____	
Gastos mensuales de la unidad familiar					
Hipoteca	<input type="text"/>	Préstamo personal	<input type="text"/>	Vehículo:	<input type="text"/>
Alquiler	<input type="text"/>	Préstamo personal	<input type="text"/>	Pensión alimenticia:	<input type="text"/>
Entidad financiera		Entidad financiera		Entidad financiera	
¿Ha percibido o percibirá otra indemnización por el accidente?					
<input type="checkbox"/> Por convenio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Por domiciliación de nómina		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Fecha <input type="text"/>	
		<input type="checkbox"/> Circulación		Importe <input type="text"/> <small>(De no haberse percibido todavía, indicar cuantía y fecha aproximadas)</small>	
Nivel de estudios o preparación					
<input type="checkbox"/> No sabe leer-escribir <input type="checkbox"/> Estudios medios		<input type="checkbox"/> Sabe leer-escribir <input type="checkbox"/> Formación Profesional		<input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Estudios superiores	

8. Otros datos de interés