



# PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

## ATENCIÓN:

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

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Número de la Seguridad Social	DNI - NIE - pasaporte		Teléfono de contacto
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque
				Escalera	Piso
				Escalera	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		

## 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

**Incapacidad temporal** derivada de  Enfermedad común  Accidente de trabajo  Enfermedad profesional  Accidente no laboral

Fecha de la baja médica: .....

¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 6 meses anteriores al actual?  SÍ  NO

Si es trabajador del Régimen especial agrario, por cuenta ajena: ¿Ha prestado servicios el día de la baja médica?  SÍ  NO

Fecha de la última jornada real realizada .....

## 3. SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

Haga constar la causa que corresponda:

- Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de la IT que lo soliciten reglamentariamente (Art. 16.2 de la OM de 25-11-66, BOE del día 7 de diciembre).
- Incumplimiento de la obligación empresarial de pago delegado.
- Colectivos integrados en el Régimen General (Representantes de Comercio, Artistas y Profesionales Taurinos).
- Trabajadores de Regímenes Especiales (Autónomos, Agrario y Empleados de Hogar).

Extinción/suspensión de la relación laboral durante la situación de la IT:

- Extinción recogida en el contrato.
- Sentencia judicial, resolución administrativa o acto firme, despido.
- Jubilación, incapacidad o extinción del empresario como persona jurídica.
- Suspensión de la relación laboral de los trabajadores fijos discontinuos.
- Extinción producida antes de los 15 días de baja médica

- Continuación de la situación de IT tras el cese voluntario en la empresa.
- Continuación de la situación de IT una vez extinguido el periodo de percepción de la prestación por desempleo.
- Alta médica por informe propuesta de perceptores de la prestación por desempleo.
- Por agotar el plazo máximo de la prestación de IT.
- Por pasar a prórroga después de 12 meses de IT, tras resolución del INSS.
- Por iniciar expediente de incapacidad permanente, tras resolución del INSS.
- Otras causas .....

## 4. OTROS DATOS

### 4.1 DATOS FISCALES

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. Número de hijos .....  Tabla de pensionistas  Tipo voluntario ..... %

**4.2 DATOS DE HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS QUE CONVIVAN CON EL SOLICITANTE** (sólo para trabajadores que hayan extinguido su contrato)

Apellidos y nombre	DNI/NIE/pasaporte	Fecha de nacimiento	Estado civil	¿Está incapacitado?	Grado de minusvalía	Ingresos anuales del año anterior			
						Trabajo por cuenta ajena y actividades profes. y empres. (*)		Rendimientos de capital y/o otras rentas (*)	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	
						20.....		20.....	

(\*) Para trabajo por cuenta ajena y rendimientos de capital y/o otras rentas se computará el rendimiento bruto. Para trabajo por cuenta propia y actividades profesionales y empresariales se computará el rendimiento neto.

**4.3 LENGUA COOFICIAL** en la que desea recibir su correspondencia .....

**4.4 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 de contacto
Código postal	Localidad	Provincia	País							

**4.5 INFORMACIÓN TELEMÁTICA**

SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....

SI DESEA recibir información por un SMS, indique su número de teléfono móvil .....

**5. ALEGACIONES****6. MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN**

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA				DOMICILIO				Número
C. POSTAL	LOCALIDAD			PROVINCIA				
<input type="checkbox"/> EN VENTANILLA <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA				Código Cuenta Cliente (CCC)				
ENTIDAD		OFICINA/SUCURSAL		DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA			

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de incapacidad temporal, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, 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, 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. 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - pasaporte
Clave de identificación de su expediente:	Registro del INSS
Funcionario de contacto:	

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

**DOCUMENTOS, ORIGINALES Y EN VIGOR, QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:**

- DNI, pasaporte o equivalente, NIE
- Documentos de cotización de los últimos ..... meses, facilitados por:  
 Empresa     Trabajador     SPEE
- Autónomos: declaración situación de la actividad.
- Parte de baja y/o de confirmación.
- Parte de alta.
- Parte de AT y EP.
- Contrato de trabajo
- Carta de despido.
- Libro de familia.
- Certificado de minusvalía.
- Otros documentos.

Recibí \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números .....

..... Firma .....

Cargo y nombre del funcionario .....

.....

Fecha ..... Lugar .....

**DILIGENCIA DE COMPULSA**

A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:

.....

.....

.....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en esta solicitud y los que aparecen en dichos documentos coinciden fielmente en su contenido.

..... Firma .....

Cargo y nombre del funcionario .....

.....

Fecha ..... Lugar .....

Servicio de Producción Gráfica/2007 8-002

Hoja blanca para la Administración, amarilla para el interesado

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 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación 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).

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES.-** Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
2. **MOTIVO DE LA SOLICITUD.-** Cruce con un aspa la casilla correspondiente. Consigne la fecha que proceda. Si es trabajador por cuenta ajena, del Régimen Especial Agrario, debe cumplimentar los datos solicitados para el reconocimiento inicial de la prestación, ya que uno de los requisitos para acceder al subsidio de incapacidad temporal es estar prestando servicios en la fecha de la baja médica. Dicha declaración estará sujeta a comprobación posterior y, de acuerdo con el art. 145.2 de la Ley de Procedimiento Laboral, podrá llevarse a cabo una revisión de dicho reconocimiento con la consiguiente reclamación de deuda contraída por prestaciones indebidamente percibidas, en su caso.
3. **SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.-** Cruce con un aspa la casilla correspondiente. Indique la causa, en su caso.
4. **OTROS DATOS.**
  - 4.1 **DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (art. 82 del Reglamento del IRPF), que se adjunta a esta solicitud.  
Además, puede solicitar tipo de retención voluntario por IRPF.  
En el caso de no optar por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido por incapacidad temporal desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.
  - 4.2 **Los DATOS DE HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS QUE CONVIVAN CON EL SOLICITANTE** sólo deben cumplimentarse si se ha producido la extinción del contrato de trabajo.
  - 4.3 La elección de **LENGUA COOFICIAL** sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.
  - 4.4 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.
  - 4.5 La **INFORMACIÓN TELEMÁTICA** sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por estos medios.
5. **ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
6. **MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.  
Ponga especial cuidado al rellenar las casillas del "código cuenta cliente" (ccc) para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

## DOCUMENTOS NECESARIOS 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 mediante la siguiente documentación en vigor:

- Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Extranjeros: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de Extranjero) exigido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria a efectos de pago.

#### 2.- Documentación relativa a la cotización:

- Trabajador por cuenta ajena del **Régimen General**: Certificación de la/s última/s empresa/s en la que ha trabajado.
- Trabajador por cuenta ajena del **Régimen Especial Agrario**: Certificado de empresa, cumplimentado conforme al TC 2/8 del mes anterior a la baja y justificantes de pago de los tres últimos meses (TC 1/9).
- Trabajador por **cuenta propia**: Justificante de pago de cuotas de los tres últimos meses.
- Para los **Artistas y Profesionales Taurinos** declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5) que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
- **Representantes de Comercio**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses (TC 1/3).

#### 3.- Datos médicos:

- **Partes de baja y confirmación** de la baja.
- Si el trabajador procede de pago delegado, **parte/s de confirmación** siguiente/s al último que abonó la empresa.
- Si se ha producido el alta médica, **parte médico de alta**.

#### 4.- Parte de accidente de trabajo o enfermedad profesional (AT y EP), cumplimentado por la empresa, en su caso.

### DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:

#### 5.- Si la extinción se produce en los 15 primeros días de la incapacidad temporal: contrato de trabajo y prórrogas.

#### 6.- En caso de despido: carta de despido, acta de conciliación o sentencia.

### OTRA DOCUMENTACIÓN:

#### 7.- Declaración de situación de actividad, sólo para los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

#### 8.- Para el supuesto de los trabajadores del **Régimen Especial Agrario por cuenta ajena**: justificante de la realización de las jornadas reales.

#### 9.- Libro de familia, y certificado de minusvalía en su caso, en los supuestos de extinción de la relación laboral, con hijos a tener en cuenta para aplicar los topes de desempleo contributivo.

#### 10.- Empresa de menos de diez trabajadores: es necesaria una comunicación previa a la solicitud, con una antelación mínima de 15 días, de que la empresa traslada al INSS su obligación de pago directo a partir del día 1º del mes natural siguiente.

## 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 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación de 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 esta solicitud no va acompañada 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 contado desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 1 (acreditación de identidad del interesado), 3 en todos los casos, y 4 en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional: 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.
- Documento 7: la falta de presentación, en el plazo máximo indicado en el mismo, producirá la suspensión en el inicio del pago de la prestación, sin perjuicio de iniciar el correspondiente expediente sancionador al efecto.
- Documentos restantes: 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:

Cualquier variación en los datos de esta solicitud mientras perciba la prestación, deberá ser comunicada a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto, más cercano a su domicilio.

En el caso de que no hubiera optado por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará, a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

NO OLVIDE PEDIR COPIA DE ESTA SOLICITUD UNA VEZ PRESENTADA