



MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
Secretaría de Estado de la Seguridad Social
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Solicitud de Pago Directo de Incapacidad Temporal

(sello del Registro)



ES IMPRESCINDIBLE ACOMPAÑAR PARTE DE BAJA Y DE ACCIDENTE (en su caso)

Rellene este impreso de la forma más exacta posible porque así facilitará el trámite de su prestación.

Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación.

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - Pasaporte			
Fecha de nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Nombre del padre		Nombre de la madre		Núm. afiliación a la Seguridad Social			
Núm. de teléfono	Domicilio (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad				
Núm. de hijos a efectos fiscales	Núm. identificación trabajadores autónomos	Régimen:		Si es empleado de hogar: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Discontinuo					

2. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Incapacidad temporal derivada de: _____ Fecha de la baja: _____

- Enfermedad común Accidente de trabajo Enfermedad profesional Accidente no laboral

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

Dirección Provincial o Agencia que tramitó el expediente: _____

3. SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT

Haga constar la causa que corresponda:

- Entidades u organismos excluidos de pago delegado.
- Empresas de menos de diez trabajadores y más de seis meses consecutivos de abono de IT que lo soliciten reglamentariamente. (Art. 16.2 de la OM de 25-11-66), (BOE del día 7 de diciembre).
- Incumplimiento obligación empresarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66).
- Alta por informe propuesta de invalidez permanente.
- Colectivos integrados en el Régimen General (Representantes de Comercio, Artistas y Profesionales Taurinos)
- Extinción relación laboral durante la situación de IT:
- Extinción recogida en el contrato.
 - Resolución judicial, administrativa o acto firme.
 - Fallecimiento del empresario.
 - Jubilación del empresario.
 - Invalidez del empresario.
 - Extinción del empresario como persona jurídica.
 - Despido
- Continuación de la situación de IT una vez extinguido el periodo de percepción de la prestación por desempleo.
- Por agotar plazo máximo prestación de IT.

A CUMPLIMENTAR POR LA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSS

Fecha hecho causante: _____ Régimen: _____ Sector: _____ Clave prestación: _____

4. DATOS DE LA EMPRESA

A CUMPLIMENTAR POR LOS TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

Razón social		Tipo de contrato		Código Cuenta Cotización	
Domicilio (calle o plaza y n.º)		Código postal	Localidad		Provincia

4.1. DATOS DE LA OTRA EMPRESA (en caso de pluriempleo)

A CUMPLIMENTAR POR LOS TRABAJADORES POR CUENTA AJENA

Razón social		Tipo de contrato		Código Cuenta Cotización	
Domicilio (calle o plaza y n.º)		Código postal	Localidad		Provincia

5. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO

ENTIDAD FINANCIERA		Núm. AGENCIA o SUCURSAL	DOMICILIO		Núm.
CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD				
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA		PMS	

EN VENTANILLA

EN CUENTA/LIBRETA

Restringida

Ordinaria

Número Código Cuenta Cliente (CCC)

ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DIGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

....., a de de

Firma del solicitante,

A RELLENAR EN CASO DE SER USTED EL OBLIGADO AL INGRESO DE LAS CUOTAS

DOCUMENTOS RELATIVOS A LA COTIZACIÓN de D./Dª con DNI - NIE - Pasaporte

JUSTIFICANTES DE COTIZACIÓN DE LOS 6 ÚLTIMOS MESES

AÑO	MES	BASES DE COTIZACIÓN	FECHA INGRESO	AÑO	MES	BASES DE COTIZACIÓN	FECHA INGRESO

A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD

DILIGENCIA, para hacer constar que con la presente solicitud se han exhibido los documentos de cotización reseñados.

Nombre y apellidos del funcionario: DNI Fecha:

Firma del funcionario,

A RELLENAR EN CASO DE SER LA EMPRESA LA OBLIGADA AL INGRESO DE CUOTAS

CERTIFICADO DE EMPRESA RELATIVO AL TRABAJADOR

Primer apellido			Segundo apellido		Nombre		Núm. afiliación a la Seguridad Social
Domicilio (calle o plaza y núm.)			Código postal	Localidad	Provincia	DNI - NIE - Pasaporte	
						Grupo cotización	

D./D^a. _____, en su calidad de _____
del organismo o empresa _____, con _____ (Núm. Código Cuenta Cotizador)
y con domicilio en (calle o plaza) _____, número _____
Código postal _____ Localidad _____, Provincia _____

CERTIFICA los siguientes extremos sobre el trabajador solicitante de la prestación de IT, que ingresó en esta empresa u organismo en fecha: _____

En IT derivada⁽¹⁾ _____ desde el⁽²⁾ _____

Baja en el organismo o empresa el _____ por⁽³⁾ _____

Fecha de presentación del parte de baja (TA.2) _____ Grupo ordenanza laboral _____

Categoría profesional _____

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN ABONADO: núm. _____ por _____ ptas.

BASE DE COTIZACIÓN MES ANTERIOR A LA BAJA (diaria o mensual según tipo de retribución)⁽⁴⁾
Para todas contingencias excepto AT, EP _____ días trabajados _____
Para AT y EP:
a) Base cotización mes anterior a la baja _____ núm. de días _____
b) Base cotización año anterior a la baja:⁽⁴⁾
Por horas extraordinarias _____
Por otros conceptos _____
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de la baja.

Mes	Días	Año	Bases de cotización
			CC
			CP
			CC
			CP
			CC
			CP

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA:

Trabajador: Fijo Eventual

¿Se encontraba en vigor el contrato en la fecha de la baja?
 SÍ NO

Núm. jornadas reales mes anterior a la baja: _____

Salario real del trabajador _____ ptas/día

Mutua de AT y EP _____

Y para que conste y a los efectos de que por el Instituto Nacional de la Seguridad Social se proceda al pago de esta prestación, a partir del día _____, por⁽⁵⁾ _____

_____, expido la presente
Certificación en _____, a _____ de _____ de _____
(firma y sello)

(1) Enfermedad común, accidente sea o no laboral o enfermedad profesional.
(2) Según parte médico (P.9).
(3) Exponer las causas de la baja.
(4) Deberá certificarse la base de cotización tanto de contingencias comunes como profesionales.
(5) Causa señalada en punto 3. de la solicitud. Si es entidad u organismo excluido del pago delegado, Indique Resolución que lo autorizó.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO DIRECTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público.

1. **DATOS PERSONALES.**- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
2. **DATOS DE LA PRESTACIÓN.**- Cruce con un aspa (X) la/s casilla/s correspondiente/s. No olvide consignar la fecha que proceda.
3. **SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT.**- Cruce con un aspa la/s casilla/s correspondiente/s al supuesto que motiva su solicitud.
4. **DATOS DE LA EMPRESA.**- Consigne los datos de la Empresa (para los trabajadores por cuenta ajena).

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

ENTODOS LOS CASOS:

1. **Documento Nacional de Identidad.**
2. **Número de Identificación Fiscal.**
3. **Parte de Baja.** Si el trabajador procede de pago delegado, parte de confirmación siguiente al último que abonó la empresa.
4. **Parte de alta médica por agotamiento,** si han transcurrido 18 meses desde inicio IT.
5. **Parte de AT o EP,** cumplimentado por la empresa, en su caso.
Para los supuestos del punto 3, el Centro donde presente su solicitud le informará sobre la documentación específica necesaria en cada caso.
6. **Documentación relativa a la cotización:**
 - a) Si es usted el obligado al ingreso de las cuotas: justificante de pago de los últimos meses, incluido el de la baja.
 - b) Si la empresa es la obligada al ingreso de cuotas: deberá presentar cumplimentado el "Certificado de empresa relativo al trabajador", si está usted en desempleo, este Certificado deberá ser cumplimentado por el INEM.

SÓLO SI SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES:

- a) Si se ha extinguido la relación laboral dentro de los 15 primeros días de baja médica, deberá aportar contrato de trabajo.
- b) **Trabajadores por cuenta ajena del Régimen Especial Agrario:** se les requerirá el Certificado cumplimentado por la Empresa, conforme al modelo (TC 2/8) del mes anterior a la baja.
- c) **Artistas y Profesionales Taurinos:** Declaración de actividades (TC 4/6) y Justificantes de actuaciones (TC 4/5), que no hayan sido presentados en la Dirección Provincial o Administración de la Tesorería General de la Seguridad Social.
- d) **Trabajadores por cuenta propia o Autónomos:** Modelo de declaración de situación de la actividad.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

- ✓ Esta Solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- ✓ Los datos personales aportados por usted serán custodiados por la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- ✓ La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.

NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD

Si va a enviar por correo esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello (notario, secretario de ayuntamiento, secretario judicial, etc.)

