



MINISTERIO DE TRABAJO E ASUNTOS SOCIAIS  
Secretaría de Estado da Seguridade Social  
INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL

# Solicitud de prestación de MATERNIDADE

(selo do Rexistro)



*Cubra este impreso da forma máis exacta posible porque así facilitará o trámite da súa prestación.  
Antes de comezar a escribir, lea detidamente tódolos apartados, así como as instrucións da última páxina.  
Escriba con claridade e en letras maiúsculas para evitar erros de interpretación.*

## 1. DATOS PERSOAIS

|                   |                                             |                                        |           |                                                                                             |        |
|-------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Primeiro apelido  |                                             | Segundo apelido                        |           | Nome                                                                                        |        |
| Data de nacemento | Núm. identificación traballadores autónomos | Núm. de afiliación á Seguridade Social |           | Documento Nacional de Identidade - NIF                                                      |        |
| Núm. de teléfono  | Enderezo (rúa ou praza)                     |                                        |           | Número                                                                                      | Bloque |
|                   |                                             |                                        |           | Escalera                                                                                    | Andar  |
|                   |                                             |                                        |           | Porta                                                                                       |        |
| Código postal     | Localidade                                  |                                        | Provincia |                                                                                             |        |
| Réxime:           |                                             |                                        |           | Se é empregado do lugar: <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Discontinuo |        |

## 2. MOTIVO DA SOLICITUDE

☐ MATERNIDADE

☐ PARTO MÚLTIPLE

Data do comezo do descanso: .....

Data probable do parto: .....

☐ POR FALECIMENTO DA NAI

Data: .....

☐ ADOPCIÓN

Data da resolución xudicial: .....

Data da decisión administrativa: .....

☐ OPCIÓN DESCANSO LABORAL EN FAVOR DO PAI

Data opción: .....

Data comezo do descanso do pai: .....

### DATOS IDENTIFICATIVOS DA NAI (a cubrir no caso de se-lo pai o solicitante)

|                  |                 |      |                                        |
|------------------|-----------------|------|----------------------------------------|
| Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome | Documento Nacional de Identidade - NIF |
|------------------|-----------------|------|----------------------------------------|

## 3. DATOS DA EMPRESA

### A CUBRIR POLOS TRABALLADORES POR CONTA ALLEA

|                                |                  |            |                         |
|--------------------------------|------------------|------------|-------------------------|
| Razón social                   | Tipo de contrato |            | Código conta cotización |
| Enderezo (rúa ou praza e núm.) | Código postal    | Localidade | Provincia               |

A CUBRIR POLA  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSS

Data feito causante

Réxime

Sector

Clave da prestación

**3.1. DATOS DA OUTRA EMPRESA** (no caso de pluriemprego)

| A CUBRIR POLOSTRABALLADORES POR CONTA ALLEA |                  |            |                         |
|---------------------------------------------|------------------|------------|-------------------------|
| Razón social                                | Tipo de contrato |            | Código conta cotización |
| Enderezo (rúa ou praza e núm.)              | Código postal    | Localidade | Provincia               |

#### 4. ELECCIÓN DA MODALIDADE DE COBRAMENTO

| ENTIDADE FINANCEIRA                       |                  | Núm. AGENCIA<br>a SUCURSAL | DOMICILIO      |                 | Núm. |
|-------------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------|-----------------|------|
| CÓDIGO                                    | NOME DA ENTIDADE |                            |                |                 |      |
|                                           |                  |                            |                |                 |      |
| CÓDIGO POSTAL                             | LOCALIDADE       | PROVINCIA                  |                | PAÍS            |      |
|                                           |                  |                            |                |                 |      |
| <input type="checkbox"/> EN EFECTIVO      |                  |                            |                |                 |      |
| <input type="checkbox"/> NA CONTA/LIBRETA |                  |                            |                |                 |      |
| <input type="checkbox"/> Restrinxida      |                  |                            |                |                 |      |
| <input type="checkbox"/> Ordinaria        |                  |                            |                |                 |      |
| Número Código Conta Cliente (CCC)         |                  |                            |                |                 |      |
| ENTIDADE                                  |                  | OFICINA/SUCURSAL           | DÍGITO CONTROL | NÚMERO DE CONTA |      |
|                                           |                  |                            |                |                 |      |

**DECLARO,** baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que constan na presente solicitude e manifesto igualmente que quedo informado da obriga de lle comunicar ó Instituto Nacional da Seguridade Social calquera variación destes datos que puidera producirse no sucesivo.

**SOLICITO,** mediante a sinatura do presente impreso, que se dea curso á miña solicitude de prestación por maternidade, e se adopten todas as medidas necesarias para a súa mellor resolución.

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

**Sinatura do solicitante.**

## AVISO

**No caso de extinción da relación laboral cando estea a percibir a prestación de Maternidade, deberá xustificalo ante esta Entidade, a efectos de modifica-los descontos de cotización.**

A CUBRIR NO CASO DE QUE SEJA VOSTEDE O OBRIGADO O INGRESSO DAS COTAS

DOCUMENTOS RELATIVOS A COTIZACIÓN de D/DI, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_

| XUSTIFICANTES DE COTIZACIÓN DOS 6 ÚLTIMOS MESES |     |                     |              |     |     |                     |              |
|-------------------------------------------------|-----|---------------------|--------------|-----|-----|---------------------|--------------|
| ANO                                             | MES | BASES DE COTIZACIÓN | DATA INGRESO | ANO | MES | BASES DE COTIZACIÓN | DATA INGRESO |
|                                                 |     |                     |              |     |     |                     |              |
|                                                 |     |                     |              |     |     |                     |              |
|                                                 |     |                     |              |     |     |                     |              |
|                                                 |     |                     |              |     |     |                     |              |

### A CUBRIR PELA ENTIDADE

**DILIXENCIA**, para facer constar que coa presente solicitude exhibíronse os documentos de cotización reseñados.

Nome e apellidos do/a funcionario/a: \_\_\_\_\_, DNI: \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_\_

**Sinatura do/a funcionário/a**

## CERTIFICADO DA EMPRESA RELATIVO Ó TRABALLADOR

|                                |                 |            |                                     |                  |
|--------------------------------|-----------------|------------|-------------------------------------|------------------|
|                                |                 |            | Núm. afiliación á Seguridade Social |                  |
| Primeiro apelido               | Segundo apelido | Nome       | Documento Nacional Identidade - NIF |                  |
| Enderezo (rúa ou praza e núm.) | Código postal   | Localidade | Provincia                           | Grupo cotización |

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, na súa calidade de \_\_\_\_\_  
do organismo ou empresa \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
e con enderezo (rúa ou praza) \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_  
código postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_

**CERTIFICA** os seguintes extremos sobre o traballador solicitante da prestación de maternidade, que:

- Ingresou nesta empresa ou organismo na data: \_\_\_\_\_
- Comezou o descanso por maternidade na data: \_\_\_\_\_
- Cotiza pola continxencia de desemprego: ☐ SI ☐ NON

## BASE DE COTIZACIÓN MES ANTERIOR Á BAIXA(\*)

|                            |                      |           |
|----------------------------|----------------------|-----------|
| Continxencias comúns       | <input type="text"/> | Núm. días |
| Continxencias profesionais | <input type="text"/> | Núm. días |

NO CASO DE CONTRATO A TEMPO PARCIAL: certificaranse as bases de cotización(\*) dos 12 meses anteriores á data da baixa.

| Mes | Días | Ano | Bases de cotización | Mes | Días | Ano | Bases de cotización |
|-----|------|-----|---------------------|-----|------|-----|---------------------|
|     |      |     | CC                  |     |      |     | CC                  |
|     |      |     | CP                  |     |      |     | CP                  |
|     |      |     | CC                  |     |      |     | CC                  |
|     |      |     | CP                  |     |      |     | CP                  |
|     |      |     | CC                  |     |      |     | CC                  |
|     |      |     | CP                  |     |      |     | CP                  |
|     |      |     | CC                  |     |      |     | CC                  |
|     |      |     | CP                  |     |      |     | CP                  |
|     |      |     | CC                  |     |      |     | CC                  |
|     |      |     | CP                  |     |      |     | CP                  |
|     |      |     | CC                  |     |      |     | CC                  |
|     |      |     | CP                  |     |      |     | CP                  |

RÉXIME ESPECIAL  
AGRARIO POR CONTA ALLEA:

Traballador: ☐ Fixo ☐ Eventual  
Núm. xornadas reais mes anterior á baixa: \_\_\_\_\_

RÉXIME ESPECIAL DA  
MINERÍA DO CARBÓN:

Grupo de ordenanza laboral \_\_\_\_\_  
Categoría profesional \_\_\_\_\_

E para que conste e para os efectos de que se proceda ó pagamento desta prestación polo Instituto Nacional da Seguridade Social, expido a presente certificación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(sinatura e selo)

(\*) Deberá certificarse a base de cotización tanto das continxencias comúns como as profesionais.

## INSTRUCCIÓN PARA CUBRI- LA SOLICITUDE DA PRESTACIÓN DE MATERNIDADE

*En todo momento pode vostede solicitar asesoramento e apoio do noso persoal de atención ó público.*

- 1. DATOS PERSOAIS.-** Consigne os datos de identificación persoal e de residencia permanente.
- 2. MOTIVO DA SOLICITUDE.-** Marque cunha aspa (X) o recadro correspondente. Consigne a data que proceda.
- 3. DATOS DA EMPRESA.-** Consigne os datos da empresa (para os traballadores por conta allea).

## DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUDE

### ENTÓDOLOS CASOS:

**1 Documento Nacional de Identidade.**

**2 Número de Identificación Fiscal.**

**3 Documentación relativa á cotización:**

- a) Se é vostede o obrigado ó ingreso das cotas: xustificante do pagamento dos últimos ..... meses.
- b) Se a empresa é a obrigada ó ingreso das cotas, deberá presentar cuberto o "Certificado da empresa relativo ó traballador", se está vostede en desemprego, este certificado deberá ser cuberto polo INEM.

### SÓ SE SE ESTÁ NALGUNHA DESTAS SITUACIONES:

- a) **Traballadores por conta allea do Réxime Especial Agrario:** requiriráselle-lo Certificado cuberto pola empresa consonte o modelo (TC2/8) do mes anterior á baixa.
- b) **Artistas e profesionais taurinos:** declaración de actividades (TC4/6) e xustificantes de actuacións (TC4/5), que non se presentaran na Dirección Provincial ou Administración da Tesourería Xeral da Seguridade Social.
- c) **Traballadores por conta propia ou autónomos:** modelo da declaración da situación da actividade.

**No caso de maternidade:** documento que acredite a situación de maternidade ("certificado do descanso por maternidade" ou "parte de maternidade").

**No caso de parto múltiple:** Libro de familia.

**No caso de falecemento da nai:** Certificado de defunción.

**No caso de opción a favor do pai:** cubri-lo modelo "opción do permiso por maternidade". Se a nai non pertence ó sistema da Seguridade Social: certificado expedido pola unidade de persoal do centro de traballo, indicando se se lle aplica a Lei 30/1984, do 2 de agosto, así como a situación administrativa na que se atopa.

**No caso de adopción:** data da resolución xudicial pola que se constitúe a adopción ou a decisión administrativa ou xudicial de acollemento. Cubri-lo modelo "permiso por adopción".

**Ademais nos tres últimos casos será necesario:** Libro de familia ou certificación da inscrición do fillo no Rexistro Civil. Certificado da última empresa ou organismo indicando a data inicial do permiso do solicitante.

## O INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL INFÓRMAO

- ✓ Esta solicitude vai ser tratada con medios informáticos.
- ✓ Os datos persoais achegados por Vd. serán custodiados pola Dirección Xeral do Instituto Nacional da Seguridade Social.
- ✓ A inclusión de datos falsos, así como a obtención fraudulenta de prestacións, poden ser constitutivas de delito.

## NON ESQUEZA PEDI-LO RESGARDO ACREDITATIVO DA PRESENTACIÓN DESTA SOLICITUDE

*Se vai enviar por correo esta solicitude, pode achega-la documentación solicitada mediante fotocopias debidamente compulsadas por un/unha funcionario/a público/a autorizado/a para iso (Notario, Secretario de Concello, Secretario xudicial, etc.)*



MINISTERIO DE TRABAJO  
E ASUNTOS SOCIAIS



INSTITUTO NACIONAL DA  
SEGURIDADE SOCIAL