



MODELO
INC18

CUESTIONARIO PARA PENSIÓN DE INCAPACIDAD

Esta Dirección Provincial está tramitando **de oficio** el oportuno expediente administrativo para determinar si se encuentra o no afecto por algún grado de incapacidad y, en su caso, si acredita o no derecho a la correspondiente prestación económica.

Según lo establecido en el artículo 79 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, puede efectuar todas las alegaciones que considere convenientes ante esta Dirección Provincial.

Deberá presentar este cuestionario debidamente cumplimentado en el plazo de 10 días, acompañado de la documentación que se indica en la última página. De no recibirlo en el plazo establecido, se resolverá el expediente con los datos obrantes en el mismo.

EL DIRECTOR PROVINCIAL,

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI – NIE – Pasaporte			
Fecha de nacimiento	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	E. civil	¿Se encuentra en alguna de estas situaciones? <input type="checkbox"/> Separación judicial <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Matrimonio nulo		Nombre del padre		Nombre de la madre		
Núm. afiliación a la Seguridad Social	Domicilio (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Núm. de teléfono		Nacionalidad		

2. DATOS SOBRE LA POSIBLE INCAPACIDAD

CAUSA QUE LA PRODUJO	<input type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo
	Entidad aseguradora de accidentes de trabajo:			
	Si está de baja médica, indique desde qué fecha / /			
Entidad de cobertura del subsidio por incapacidad temporal				
ENFERMEDADES Y LESIONES QUE PADECE Y ALEGA			
¿QUÉ DIFICULTADES ENCUENTRA PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU PROFESIÓN?			

3. DATOS DE SU SITUACIÓN LABORAL

¿TRABAJABA EN EL MOMENTO DE LA BAJA MÉDICA?	<input type="checkbox"/> Sí	CAUSA POR LA QUE NO TRABAJABA:		
	<input type="checkbox"/> NO Fecha en la que dejó de trabajar	<input type="checkbox"/> Estaba desempleado	<input type="checkbox"/> Era trabajador en excedencia	<input type="checkbox"/> Otra causa (indique cual)
	<input type="checkbox"/> Era trabajador de temporada		
	¿Estaba acogido a Convenio Especial? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
PUESTOS DE TRABAJO DESEMPEÑADOS EN EL AÑO ANTERIOR A LA BAJA MÉDICA	PROFESIÓN O GRUPO PROFESIONAL	TAREAS QUE REALIZABA		
		
FORMACIÓN			

9. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO DE SU FUTURA PENSIÓN

POR BANCO O CAJA DE AHORROS	ENTIDAD FINANCIERA		Núm. AGENCIA o SUCURSAL	DOMICILIO				Núm.
	CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD						
	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD		PROVINCIA			PAÍS	
	PAGO EN ESPAÑA <input type="checkbox"/> EN VENTANILLA <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA							
Número Código Cuenta Cliente (CCC)								
<input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> Ordinaria		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA			
PAGO EN EL EXTRANJERO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA ⁽¹⁾								
<small>(1) Imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos de cuenta vigentes en ese país.</small>								
POR GRADUADO SOCIAL	Apellidos y nombre del Graduado Social			ENTIDAD FINANCIERA				
				CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD			
	Domicilio (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
POR GIRO POSTAL	<input type="checkbox"/> (Sólo si en su localidad de residencia NO puede disponer de otra modalidad de cobro)							

10. DATOS PARA LA RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA (sólo si son distintos de los consignados en el apartado 1)

Primer apellido		Segundo apellido			Nombre				
Núm. de teléfono	Domicilio (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia o departamento			País			

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente cuestionario, manifestando mi consentimiento para la aportación del historial clínico por parte de los Servicios Sanitarios, así como para la verificación de los datos económicos que obran en el Ministerio de Economía y Hacienda y las Haciendas Forales, y 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.

....., a de de 200

Firma del solicitante,

DILIGENCIA DE COMPULSA

A la vista de los siguientes documentos originales se expide la presente diligencia de verificación para dejar constancia de que los datos reflejados en este cuestionario y tomados de dichos documentos coinciden fielmente con su contenido. a de de 200 Firma del funcionario,

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTE CUESTIONARIO NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PENSIÓN

DOCUMENTOS ESENCIALES PARA EL TRÁMITE:

1. **Documento Nacional de Identidad** o, si es extranjero, **Tarjeta de Residencia** del solicitante, original y en vigor.
2. **Documentación relativa a la cotización:**
 - a) Si la empresa es la obligada al ingreso de cuotas: Certificado de la última empresa o empresas en el que deberán consignarse las bases de cotización de los últimos meses.
 - b) Si es usted el obligado al ingreso de cuotas: Justificante de pago de los últimos meses, incluido el último exigible, teniendo en cuenta las peculiaridades del Régimen de que se trate.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA ACREDITAR CIRCUNSTANCIAS ALEGADAS:

3. **Documento Nacional de Identidad** o, si son extranjeros, **Tarjeta de Residencia** del cónyuge o conviviente y de otros familiares mayores de 14 años que conviven con el solicitante y a su cargo, originales y en vigor.
4. **Si está usted en Desempleo**, Certificado de las bases de cotización, según modelo oficial, cumplimentado por el Instituto Nacional de Empleo.
5. **Si está casado/a**, **Libro de Familia** o certificado en extracto del Acta de Matrimonio, en fotocopia compulsada del original.
6. **Comunicación de la situación personal y familiar** a efectos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

- ✓ Este Cuestionario va a ser tratada con medios informáticos.
- ✓ Los datos personales aportados por usted van a ser incorporados a un fichero informático, a efectos de servir de base para el cálculo, control y revalorización de la pensión, que en su caso se le reconozca.
- ✓ Dichos datos 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.

RECUERDE QUE SI DESPUÉS DE HABER PRESENTADO ESTE CUESTIONARIO SE PRODUCE ALGUNA VARIACIÓN EN SU SITUACIÓN **ECONÓMICA** (iniciación de una actividad laboral por usted o por su cónyuge, percepción de otras pensiones, etc.), **FAMILIAR** (cambios de estado civil, nacimientos, defunciones, etc.), **O EN SU DOMICILIO**, TIENE USTED LA OBLIGACIÓN DE COMUNICARLO A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL O AGENCIA DE ESTE INSTITUTO MÁS CERCANA.

NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTE CUESTIONARIO