



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.

MODELO
INC17

SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD

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 <input type="checkbox"/> NO Fecha en la que dejó de trabajar:		CAUSA POR LA QUE NO TRABAJABA:	
	<input type="checkbox"/> Estaba desempleado <input type="checkbox"/> Era trabajador en excedencia <input type="checkbox"/> Era trabajador de temporada <input type="checkbox"/> Otra causa (indique cual):			
¿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			

A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSS	Fecha hecho causante	Régimen	Sector	Clave prestación

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"/> ENVENTANILLA <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA								
		Restringida		Número Código Cuenta Cliente (CCC)		NÚMERO DE CUENTA			
		Ordinaria		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DIGITO CONTROL			
PAGO EN EL EXTRANJERO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA ^(*) (*) Imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos de cuente vigentes en ese país									
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 la presente solicitud, 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 esta solicitud y tomados de dichos documentos coinciden fielmente con su contenido. , a de de 200 Firma del funcionario,
--

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

- ✓ Esta Solicitud 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.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE

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 SOBRE LA POSIBLE INCAPACIDAD.**- Cruce con un aspa (X) la casilla correspondiente a la causa por la que se produjo la lesión. Indique también la Entidad aseguradora de accidentes (INSS o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales), así como, en su caso, la fecha de su baja médica. Donde dice "ENFERMEDADES Y LESIONES QUE PADECE Y ALEGA", consigne, si así lo quiere hacer constar, las enfermedades y lesiones que sufra con o consecuencia de la enfermedad o accidente y por las que solicita la pensión de Incapacidad.
- 3. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL.**- Cruce con un aspa la casilla correspondiente. Si no trabajaba en el momento de la baja médica, no olvide consignar la fecha en la que dejó de trabajar, indicando, igualmente, las tareas que realizaba en su trabajo. Donde dice "FORMACIÓN", indique los estudios realizados o la formación profesional adquirida.
- 4. DATOS SOBRE PERIODOS TRABAJADOS Y/O DE RESIDENCIA.**- Este apartado sirve para conocer, en extracto, su vida laboral. Donde dice "TRABAJOS EN ESPAÑA" consigne, empezando por la más antigua, las empresas en las que ha trabajado o, en su caso, el tiempo que trabajó como autónomo, o el tiempo durante el que estuvo acogido a Convenio Especial, los periodos en los que cobró Desempleo, etc. Indique también si estuvo afiliado al Retiro Obrero y dónde. En el espacio "TRABAJO O RESIDENCIA EN OTROS PAÍSES" consigne el país o países, indicando en cuáles de ellos ha trabajado y en cuáles ha residido sin efectuar ningún trabajo.
- 5. DATOS SOBRE SU FUTURA SITUACIÓN COMO PENSIONISTA.**- Indique en el apartado correspondiente, si cobra usted otra pensión o ha solicitado que se le reconozca alguna otra además de la presente. Indique, asimismo, si una vez concedida la pensión que ahora solicita va a seguir trabajando. A efectos del posible reconocimiento del complemento a mínimos, indique los ingresos obtenidos por usted en el año anterior al que solicita la pensión, distintos de los obtenidos de la actividad por la que la solicita, así como los de su cónyuge, computándose los mismos de acuerdo con la legislación fiscal.
- 6. DATOS PERSONALES DE SU CÓNYUGE.**- Consigne los datos de identificación personal de su cónyuge.
- 7. DATOS DE LOS FAMILIARES QUE CONVIVEN Y/O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE.**- Consigne los datos de la persona con la que conviva regularmente, si ésta se encuentra a su cargo, así como los de sus hijos. En el último apartado deben figurar también los demás familiares que estén incluidos en su cartilla de Asistencia Sanitaria y que conviven con usted y a su cargo.
- 8. PERIODO QUE ELIGE PARA EL CÁLCULO DE LA PENSIÓN (sólo en caso de accidente no laboral).**- Deberá cumplimentar este apartado únicamente si la causa de la incapacidad fue accidente no laboral y en el momento en el que se produjo se encontraba usted de alta en la Seguridad Social o situación asimilada. Indique el periodo de 24 meses que elige dentro de los últimos 7 años para poder efectuar el cálculo de la pensión. Si lo desconoce o lo deja en blanco por otra causa, la Dirección Provincial del INSS tomará para ello el periodo que, a su juicio, resulte más favorable para usted.
- 9. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO DE SU FUTURA PENSIÓN.**- Cruce con un aspa la casilla de la modalidad de cobro por la que desea que se le abone su pensión una vez reconocida. Si elige hacerlo por Entidad Financiera o Graduado Social, cumplimente los datos que figuran en el correspondiente apartado.
- 10. DATOS PARA LA RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA.**- Sólo deberá cumplimentar este apartado cuando los datos a reflejar en el mismo sean distintos a los indicados en el apartado 1, por desear que la correspondencia relacionada con esta solicitud le sea remitida a otro domicilio distinto al de su residencia habitual. Asimismo, las cartas pueden ir dirigidas al propio nombre del solicitante o bien a otra persona designada por éste.

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PENSIÓN SOLICITADA

DOCUMENTOS ESENCIALES PARA LA INICIACIÓN DEL 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. Documentación relativa a su posible incapacidad laboral:
 - a) Si obra en su poder, original o copia compulsada del historial clínico elaborado por el Servicio de Salud público competente o, en su caso, informe de la Inspección Médica de dicho Servicio.
 - b) En el supuesto de accidente de trabajo o enfermedad profesional, parte administrativo de dichas contingencias.
6. Si está casado/a, Libro de Familia o certificado en extracto del Acta de Matrimonio, en fotocopia compulsada del original.
7. Comunicación de la situación personal y familiar a efectos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

RECUERDE QUE SI DESPUÉS DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD 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.

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.)

NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD