



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.

MODELO
IT1

SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

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:
<input type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo
<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral
¿Ha tenido algún otro proceso de IT durante los 6 meses anteriores al actual? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Dirección Provincial o Agencia que tramitó el expediente:	

3. SUPUESTOS DE PAGO DIRECTO DE IT

Haga constar la causa que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Entidades u organismos excluidos de pago delegado.	
<input type="checkbox"/> 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).	
<input type="checkbox"/> Incumplimiento obligación em presarial (Art. 19 de la OM de 25-11-66).	
<input type="checkbox"/> Alta por informe propuesta de invalidez permanente.	
<input type="checkbox"/> Colectivos integrados en el Régimen General (Representantes de Comercio, Artistas y Profesionales Taurinos)	
<input type="checkbox"/> Extinción relación laboral durante la situación de IT:	<input type="checkbox"/> Extinción recogida en el contrato. <input type="checkbox"/> Resolución judicial, administrativa o acto firme. <input type="checkbox"/> Fallecimiento del empresario. <input type="checkbox"/> Jubilación del em presario. <input type="checkbox"/> Invalidez del empresario. <input type="checkbox"/> Extinción del empresario como persona jurídica. <input type="checkbox"/> Despido
<input type="checkbox"/> Continuación de la situación de IT una vez extinguido el periodo de percepción de la prestación por desempleo.	
<input type="checkbox"/> Por agotar plazo máximo prestación de IT.	

A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSS	Fecha hecho causante	Régimen	Sector	Clave prestación
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 núm.)	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 núm.)	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		PAÍS	

EN VENTANILLA
 Número Código Cuenta Cliente (CCC)

<input type="checkbox"/> EN CUENTA LIBRETA	<input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> Ordinaria	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">ENTIDAD</th> <th style="width: 25%;">OFICINA/SUCURSAL</th> <th style="width: 10%;">DÍGITO CONTROL</th> <th style="width: 40%;">NÚMERO DE CUENTA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA				
ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DÍGITO 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 200

Firma del solicitante,

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

DOCUMENTOS RELATIVOS A LA COTIZACIÓN de D./Dña., 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,

CERTIFICADO DE EMPRESA RELATIVO AL TRABAJADOR

Núm. afiliación a la Seguridad Social

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NE - Pasaporte
Domicilio (calle o plaza y núm.)	Código postal	Localidad	Provincia
			Grupo cotización

D./D^a. _____, en su calidad de _____
 del organismo o empresa _____, con _____
(Núm. Código Central Colección)
 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 200 _____

(firma y sello)

(1) Enfermedad común, accidente sea o no laboral o enfermedad profesional.

(2) Según parte médica (PR).

(3) Exponer las causas de la baja.

(4) Deberá certificarse la base de cotización tanto de contingencias comunes como profesionales.

(5) Cuando se baje en punto 2 de la escala el 85 se certificará en contingencias comunes del grupo de cotización correspondiente.

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

EN TODOS LOS CASOS:

1. **Documento Nacional de Identidad** o, si es extranjero, **Tarjeta de Residencia** del solicitante, original y en vigor.
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 NEM.

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.)



DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Resolución de 1 de marzo de 1994, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia o autónomos de la obligación establecida en la disposición adicional décima del Real Decreto 2319/1993 de 29 de diciembre)

D./D^a, con núm. de Identificación de Autónomo, con núm. de Documento Nacional de Identidad y con domicilio en **declara bajo su responsabilidad:**

Que es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza SI NO (*)

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en, que la actividad económica, oficio o profesión es la de y que durante la situación de Incapacidad Temporal o Maternidad, la actividad queda en la siguiente situación:

1.- Gestionado por:

A.- Familiar:

D/D^a

Núm. Identificación Autónomos Núm. DNI

Núm. Afiliación Seguridad Social..... Código cuenta cotización de la empresa.....

Parentesco:

B.- Empleado del establecimiento:

D/D^a

Núm. Afiliación Seguridad Social..... Núm. DNI

Código cuenta cotización de la empresa.....

C.- Gestionado por otra persona:

D/D^a

Núm. Afiliación Seguridad Social..... Núm. Identificación Autónomos

Núm. DNI Código cuenta cotización de la empresa.....

2.- Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal o Maternidad del titular del establecimiento.

3.- O por el contrario, **declara** que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos en razón de la actividad económica de que tiene su domicilio en

En, a de de 200.....

Firma,

(*) Si se marca la casilla "NO", deberá indicar la actividad económica y el domicilio donde se desarrolla, en el punto 3.