



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
M1

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE MATERNIDAD

1. DATOS PERSONALES

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

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--------|--|--|
| <input type="checkbox"/> MATERNIDAD | Fecha de inicio del descanso: | | Fecha probable de parto: | |
| <input type="checkbox"/> PARTO MÚLTIPLE | | | | |
| <input type="checkbox"/> POR FALLECIMIENTO DE LA MADRE | Fecha: | | | |
| <input type="checkbox"/> ADOPCIÓN | Fecha resolución judicial: | | Fecha decisión administrativa: | |
| <input type="checkbox"/> OPCIÓN DESCANSO LABORAL EN FAVOR DEL PADRE | Fecha opción: | | Fecha inicio descanso del padre: | |
| DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA MADRE (a cumplimentar en caso de ser el padre el solicitante) | | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | DNI - NIE - Pasaporte | |

3. 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 | | |

| | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 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"/> |

3.1. 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 |

4. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO

| ENTIDAD FINANCIERA | | Núm. AGENCIA o SUCURSAL | DOMICILIO | | | Núm. |
|--|----------------------|--|----------------|------------------|--|------|
| CÓDIGO | NOMBRE DE LA ENTIDAD | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA | PAÍS | | | |
| <input type="checkbox"/> EN VENTANILLA <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA | | Restringida <input type="checkbox"/> Ordinaria <input type="checkbox"/> | | | | |
| Número Código Cuenta Cliente (CCC) | | | | | | |
| 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 Maternidad, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

....., a de de 200

Firma del solicitante,

AVISO

En caso de extinción de la relación laboral durante el percibo de la prestación de Maternidad, deberá justificarlo ante esta Entidad, a efectos de modificar los descuentos de cotización.

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

| | | | | |
|----------------------------------|------------------|---------------|---------------------------------------|-----------------------|
| | | | Núm. afiliación a la Seguridad Social | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | | DNI - NIE - 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 _____
 y con domicilio en (calle o plaza) _____, número _____
(Núm. Código Cuenta Cotización)
 Código postal _____ Localidad _____, Provincia _____

CERTIFICA los siguientes extremos sobre el trabajador solicitante de la prestación de Maternidad, que:

- Ingresó en esta empresa u organismo en fecha: _____
- Inició el descanso por Maternidad en fecha: _____
- Cotiza por la contingencia de desempleo: SÍ NO
- Agotó la prestación por desempleo el día: _____
- Último día abonado por IT⁽¹⁾: _____

| BASE DE COTIZACIÓN MES ANTERIOR A LA BAJA(2) | | | | | | | | | |
|---|------|----------------------|---------------------|-------|-----|------|-----|---------------------|-------|
| Contingencias comunes | | <input type="text"/> | Núm. días | | | | | | |
| Contingencias profesionales | | <input type="text"/> | Núm. días | | | | | | |
| EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización ⁽²⁾ acreditadas en la empresa durante el año anterior a la fecha del hecho causante. | | | | | | | | | |
| Mes | Días | Año | Bases de cotización | | Mes | Días | Año | 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 | _____ |

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO POR CUENTA AJENA:

Trabajador: Fijo Eventual

Núm. jornadas reales mes anterior a la baja: _____

RÉGIMEN ESPECIAL DE LA MINERÍA DEL CARBÓN:

Grupo de ordenanza laboral _____

Categoría profesional _____

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, expido la presente Certificación en _____, a _____ de _____ de 200 _____
 (firma y sello)

(1) Deberá certificarse en aquellos supuestos en que la maternidad sea continuación de un proceso de IT abonado por una Mutua o Empresa Colaboradora.
 (2) Deberá certificarse la base de cotización tanto de contingencias comunes como profesionales.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE MATERNIDAD

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. **MOTIVO DE LA SOLICITUD.**- Cruce con un aspa (X) la casilla correspondiente. Consigne la fecha que proceda.
3. **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

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. **Número de Identificación Fiscal.**
3. **Documentación relativa a la cotización:**
 - a) Si es usted el obligado al ingreso de las cuotas: justificante de pago de los últimos meses.
 - 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.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA ACREDITAR CIRCUNSTANCIAS ALEGADAS:

- a) **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.
- b) **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.
- c) **Trabajadores por cuenta propia o Autónomos:** Modelo de declaración de situación de la actividad.

En caso de maternidad: Documento que acredite la situación de maternidad ("*certificado del descanso por maternidad*" o "*parte de maternidad*").

En caso de parto múltiple: Libro de familia.

En caso de fallecimiento de la madre: Certificado de defunción.

En caso de opción a favor del padre: Cumplimentación del modelo "*Opción del permiso por maternidad*". Si la madre no pertenece al Sistema de la Seguridad Social: Certificado expedido por la Unidad de personal de su centro de trabajo, indicando si le es de aplicación la Ley 30/1984, de 2 de agosto, así como la situación administrativa en la que se encuentra.

En caso de adopción: Fecha de la resolución judicial por la que se constituye la adopción o de la decisión administrativa o judicial de acogimiento. Cumplimentación del modelo "*Permiso por adopción*".

En estos tres últimos casos será necesario además: *Libro de Familia* o certificación de la inscripción del hijo en el Registro Civil. *Certificado* de la última empresa u organismo indicando la fecha inicial del permiso del solicitante.

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.

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

Documentos que se deben presentar además de los que ya se vienen exigiendo según el supuesto, con esta solicitud en virtud de las modificaciones introducidas en la prestación de maternidad por la Ley 39/99, de 5 de noviembre.

- Supuestos de acogimiento familiar permanente:

- * Resolución judicial o administrativa por la que se constituye tal modalidad de acogimiento.

- Supuestos de adopción internacional, cuando los padres se desplacen al país de origen:

- * Documentación emitida por la entidad competente de la Comunidad Autónoma que justifique el inicio de los trámites necesarios para la adopción, en la que se indicará el Estado al que se va a desplazar el adoptante y la necesidad de tal desplazamiento para poder perfeccionar la adopción.

- * Documento acreditativo del permiso concedido por la empresa.

- * Permiso concedido por el administrador o gerente cuando se trate de socios trabajadores de sociedades cooperativas o laborales.

- Supuesto de adopción o acogimiento de menores, mayores de 6 años, discapacitados o minusválidos, o bien con dificultades de inserción social y familiar:

- * Certificado del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales u Organismo competente de la Comunidad Autónoma indicando la condición de minusválido o discapacitado físico, psíquico o sensorial en grado igual o superior al 33%.

- * Certificado de la Entidad Pública competente en materia de protección de menores, indicando que por sus circunstancias personales o provenir del extranjero, tiene especiales dificultades de inserción social o familiar.

NOTA: en el supuesto de opción en favor del padre y de adopción o acogimiento preadoptivo o permanente, (si ambos padres trabajan), deberán indicar, en su caso, la distribución del período de descanso entre ambos, así como si se disfrutará de forma simultánea o sucesiva.



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.