

SOLICITUD DE PRESTACIONES ESPECIALES

Programa Re-Ilusiónate

Nº de Expediente:

1 | Datos del solicitante

Nombre y apellidos: D.N.I./N.I.E.:

En calidad de: Trabajador Beneficiario - *Relación con el accidentado/a:* Fecha nacimiento: Estado civil:

Domicilio: Nº: Esc.: Piso: Puerta:

Localidad: Código postal: Provincia:

Teléfono: Teléfono móvil: Dirección de correo electrónico:

2 | Datos del trabajador (no cumplimentar si coincide con el solicitante)

Nombre y apellidos: D.N.I./N.I.E.:

3 | Datos de las personas que conviven con el beneficiario

Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha nacimiento	D.N.I./N.I.E.	Ingresos brutos € / Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 | Datos del accidente de trabajo o enfermedad profesional

Fecha del accidente: Categoría profesional/ Ocupación:

Razón social de la empresa:

5 | Situación laboral del trabajador

En activo: Baja médica Pendiente resolución Desempleo **Pensionista:** Incapacidad - Grado: Viudedad Orfandad Jubilación

6 | Prestación que se solicita *Motivación de la solicitud:

7 | Datos bancarios

Nombre y apellidos del titular:

Código IBAN Código País: Entidad: Sucursal: D.C.: Número de cuenta:

Documentación a presentar

<p>En todos los supuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fotocopia del DNI del Solicitante/ Beneficiario/ Trabajador (En función de la petición). ■ Certificado de empadronamiento que acredite la convivencia de los miembros de la unidad familiar. ■ Fotocopia del libro de familia. 	<p>En términos generales, la documentación acreditativa que justifique la petición, por ejemplo...</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Presupuesto de la ayuda solicitada. ■ En el supuesto de reembolso de gastos, justificante de la factura. ■ Acreditación de los ingresos de la unidad familiar.
---	---

**** Egarsat, podrá solicitar documentación adicional para la gestión de la ayuda solicitada.**

* 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 a la Mutua cualquier variación de los datos a ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo. * Las ayudas que concede la Comisión de Prestaciones Especiales, tienen carácter graciable, por lo que no cabe recurso en vía alguna contra las decisiones de la misma. * Dichas ayudas tendrán la consideración de rendimientos del trabajo en base a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de la Personas Físicas.

En a de de Firma del solicitante:

De conformidad con la Ley Organica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Egarsat Mutua Colaboradora con la S.S. n° 276 le informa que sus datos serán incorporados a un fichero cuya única finalidad es la gestión y control de la ayuda solicitada por Ud. Le informamos que tiene derecho, a la consulta, rectificación, cancelación y oposición de sus datos pudiendose ejercitar mediante solicitud dirigida a esta Mutua, con domicilio en Avda. Roquetes n° 63-65 08274 Sant Cugat del Vallès (Barcelona).