

**1. Solicitante**

**Espacio reservado para la etiqueta identificativa:** Si no dispone de etiquetas, consigne los datos identificativos que se solicitan a continuación.

**Teléfonos de contacto.** A fin de agilizar la resolución de las incidencias que pudieran surgir en la tramitación de esta solicitud, sírvase consignar los números de teléfono en los que pueda ser localizada/o en días y horas laborables

Teléfono 1.º

10 | \_\_\_\_\_

Teléfono 2.º

11 | \_\_\_\_\_

N.º de identificación fiscal (NIF)

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

01 | \_\_\_\_\_ 02 | \_\_\_\_\_ 03 | \_\_\_\_\_ 04 | \_\_\_\_\_

Si el pago mensual en concepto de abono anticipado de la deducción por maternidad hubiera sido percibido anteriormente por otra persona, consigne el NIF de la/del anterior beneficiaria/o .....

12 | \_\_\_\_\_

Solicitud por persona distinta de la madre (padre, tutor/a, ...):

NIF de la madre:

13 | \_\_\_\_\_

Fecha (día, mes y año) de fallecimiento de la madre o desde la que tiene Vd. atribuida de forma exclusiva la guarda y custodia de los menores:

14 | \_\_\_\_\_

**2. Régimen de la Seguridad Social o mutualidad en que la/el solicitante figura de alta**

■ **Seguridad Social o Régimen especial de funcionarios públicos:** consigne su número de afiliación y marque con una "X" la casilla correspondiente al régimen en el que está en situación de alta.

Número de afiliación:

50 | \_\_\_\_\_

Régimen general S.S.

51 | \_\_\_\_\_

Régimen especial S.S.

52 | \_\_\_\_\_

Régimen especial de los funcionarios públicos.

53 | \_\_\_\_\_

Si ha marcado la casilla 53 indique la denominación de la mutualidad administrativa (MUFACE, MUGEJU, ISFAS)

54 | \_\_\_\_\_

■ **Mutualidad alternativa a la Seguridad Social:** consigne su número de mutualista y la denominación de la mutualidad alternativa (por ejemplo, Mutualidad General de la Abogacía, etc..)

Número de mutualista:

55 | \_\_\_\_\_

Denominación de la mutualidad alternativa

56 | \_\_\_\_\_

**3. Hijos que dan derecho a la deducción por maternidad**

- Si este documento se presenta para solicitar por primera vez el abono mensual anticipado de la deducción por maternidad consigne en este apartado los datos de tres años por los que tenga Vd. derecho. Los hijos adoptados y los acogidos se relacionarán en este apartado siempre que fuesen menores de edad en la fecha de su adopción o acogimiento y hubieran transcurrido menos de tres años desde dicha fecha, la cual se hará constar en la casilla correspondiente. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, únicamente se hará constar la fecha del acogimiento.
- Si este documento se presenta para comunicar el alta o la baja de algún hijo a efectos del abono mensual anticipado de la deducción por maternidad, consigne en este apartado únicamente los datos de los hijos a los que afecte esta circunstancia.
- Si este documento se presenta únicamente para comunicar la pérdida del derecho o el cambio de régimen de seguridad social o mutualidad (casillas 80 y 81 del apartado 5), no se cumplimentará ningún dato relativo a los hijos en este apartado 3.
- Si hubiera de comunicarse al mismo tiempo el alta de nuevos hijos y la baja de alguno de los anteriores (casilla 82 del apartado 5), cada una de dichas variaciones se comunicará en un ejemplar distinto de este modelo.

NIF (de tenerlo asignado)

Apellidos

Nombre

Fecha de nacimiento

Fecha de adopción o de acogimiento (\*)

NIF (de tenerlo asignado)	Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de adopción o de acogimiento (*)
1.º 20   _____	21   _____	22   _____	23   _____	24   _____
2.º 25   _____	26   _____	27   _____	28   _____	29   _____
3.º 30   _____	31   _____	32   _____	33   _____	34   _____
4.º 35   _____	36   _____	37   _____	38   _____	39   _____
5.º 40   _____	41   _____	42   _____	43   _____	44   _____
6.º 45   _____	46   _____	47   _____	48   _____	49   _____

(\*) Si el hijo es adoptado indique la fecha de inscripción de la adopción en el Registro Civil. En caso de acogimiento, tanto preadoptivo como permanente, indique la fecha de la resolución administrativa o judicial.

**4. Cuenta bancaria para el abono**

Consigne los datos completos de la cuenta bancaria de la que sea Vd. titular y en la que desee recibir por transferencia el abono mensual anticipado de la deducción.

**Código cuenta cliente (CCC)**

Entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta
_____	_____	_____	_____

Si desea cambiar de cuenta bancaria, consigne los datos de la nueva cuenta y marque con una "X" esta casilla .....

15 | \_\_\_\_\_

**5. Variaciones a efectos del abono mensual anticipado de la deducción por maternidad**

**Pérdida del derecho** de la/del beneficiaria/o al abono mensual anticipado de la deducción por maternidad (por fallecimiento, por haber causado baja en la Seguridad Social o mutualidad, por cambio de residencia o por otra causa) **o renuncia** de la/del beneficiaria/o al abono mensual anticipado .....

80 | \_\_\_\_\_

**Cambio de régimen de la Seguridad Social o mutualidad** de la/del beneficiaria/o (en este caso, indique en el apartado 2 los datos del nuevo régimen o mutualidad) .....

81 | \_\_\_\_\_

**Baja de alguno de los hijos** a efectos de la deducción por maternidad (por fallecimiento, por cesar la convivencia con pérdida de la guarda y custodia o por obtener rentas superiores a 8.000 euros) .....

82 | \_\_\_\_\_

**Fecha de efectos:** Indique la fecha en la que se ha producido la variación que se comunica (día, mes y año) .....

83 | \_\_\_\_\_

**Notas:** Si este documento se presenta para comunicar alguna de las circunstancias a que se refieren las casillas 80 y 81, no se cumplimentará dato alguno en el apartado 3.

Si hubiera de comunicarse al mismo tiempo el alta de nuevos hijos y la baja de alguno de los anteriores (casilla 82), cada una de dichas variaciones se comunicará en un ejemplar distinto de este modelo.

**6. Representante**

N.º de identificación fiscal (NIF)

94 | \_\_\_\_\_

Apellidos y nombre o razón social

95 | \_\_\_\_\_

**7. Fecha y firma**

DECLARO que son ciertos los datos consignados en el presente documento y me comprometo a comunicar cualquier variación en los mismos que pueda afectar al abono anticipado de la deducción por maternidad.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma de la/del solicitante o de su representante:

