



## SOLICITUD DE ALTA DE CONVENIO ESPECIAL DE CUIDADORES NO PROFESIONALES

### 1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

|  |  |                                      |                          |   |                                     |                                    |                 |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| 1.1 PRIMER APELLIDO  |  | SEGUNDO APELLIDO                     |                          | NOMBRE                                      |                                     | 1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL     |                 |
| 1.3 FECHA DE NACIMIENTO  |  | 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO |                          |   |                                     | 1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO |                 |
| Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> |  | D.N.I.: <input type="text"/>         |                          | TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/> |                                     | PASAPORTE: <input type="text"/>    |                 |
| 1.6 DOMICILIO  | TIPO DE VÍA  |                                      | NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA |   | BLOQUE                              | NÚM                                | BIS ESCAL. PISO |
|  | MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO  |                                      | PROVINCIA                |   | PUERTA                              | CÓD. POSTAL                        |                 |
| 1.7 DATOS TELEMÁTICOS  | CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>  |                                      |                          |   | TELÉFONO MÓVIL <input type="text"/> |                                    |                 |
|  | La anotación de estos datos supone la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social |                                      |                          |   |                                     |                                    |                 |

### 2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DEL ALTA EN EL CONVENIO ESPECIAL

|  |  |
|--|--|
| 2.1 FECHA DE INICIO  |  |
| Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>   |  |
| 2.2 CARACTERÍSTICAS DEL CONVENIO   |  |
| <input type="checkbox"/> DEDICACIÓN COMPLETA <input type="checkbox"/> DEDICACIÓN PARCIAL            N° de horas semanales <input type="text"/> |  |
| <input type="checkbox"/> PERCEPTOR DEL SUBSIDIO DE DESEMPLEO PARA MAYORES DE 52 Ó 55 AÑOS  |  |
| <input type="checkbox"/> INCREMENTO DE BASE <input type="checkbox"/> REVALORIZACIÓN BASE MÍNIMA RÉGIMEN GENERAL INCREMENTO DE BASE             |  |

### 2.3 DATOS RELATIVOS A LA PERSONA DEPENDIENTE A LA QUE ATIENDE EL SUSCRIPTOR

|  |   |                             |                          |  |        |  |                 |
|--|---|-----------------------------|--------------------------|--|--------|--|-----------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS   |   |                             |                          |  |        |  |                 |
| <input type="text"/>   |   |                             |                          |  |        |  |                 |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)   |   |                             |                          |  |        |  |                 |
| D.N.I.: <input type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/> |   |                             |                          |  |        |  |                 |
| N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO <input type="text"/>  |   |                             |                          |  |        |  |                 |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <input type="text"/>  |   |                             |                          |  |        |  |                 |
| DOMICILIO  | TIPO DE VÍA   |                             | NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA |  | BLOQUE | NÚM  | BIS ESCAL. PISO |
|  | MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO |                             | PROVINCIA                |  | PUERTA | CÓD. POSTAL  | TELÉFONO        |
| GRADO DE DEPENDENCIA: <input type="text"/>   |   | NIVEL: <input type="text"/> |                          | FECHA DE CONCESIÓN DE LA PRESTACIÓN COMO PERSONA DEPENDIENTE |        | Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> |                 |

### 3. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

|   |   |  |                          |  |        |             |                 |
|---|---|--|--------------------------|--|--------|-------------|-----------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL   |   |  |                          |  |        |             |                 |
| <input type="text"/>  |   |  |                          |  |        |             |                 |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)  |   |  |                          |  |        |             |                 |
| D.N.I.: <input type="checkbox"/> C.I.F.: <input type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/> |   |  |                          |  |        |             |                 |
| N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO <input type="text"/>   |   |  |                          |  |        |             |                 |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <input type="text"/>   |   |  |                          |  |        |             |                 |
| DOMICILIO   | TIPO DE VÍA   |  | NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA |  | BLOQUE | NÚM         | BIS ESCAL. PISO |
|   | MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO |  | PROVINCIA                |  | PUERTA | CÓD. POSTAL | TELÉFONO        |

### 4. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una "X" la opción correcta)

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente:

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (Apartado 1.6)   
  OTRO DOMICILIO

|           |   |  |                      |  |                      |  |
|-----------|---|--|----------------------|--|----------------------|--|
| DOMICILIO | MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO |  | PROVINCIA            |  | TELÉFONO             |  |
|           | <input type="text"/>  |  | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |



5. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS (Cumplimentar sólo en los casos en que proceda realizar parte del pago por el interesado en supuestos de incremento de base)

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

D.N.I.:  C.I.F.:  TARJETA  
EXTRANJERO:  PASAPORTE:

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

| FIRMA DEL TRABAJADOR/A | FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE | FIRMA Y SELLO DEL SUJETO RESPONSABLE | DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA<br>SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD                       |
|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
|                        |                                 |                                      | Fecha: <input type="text"/><br>D.N.I.: <input type="text"/><br><br>FIRMA: <input type="text"/> |

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

**PROTECCIÓN DE DATOS.**-A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E. del 14-12-1999), de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994. Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en la indicada Ley Orgánica 15/1999.

## INSTRUCCIONES

### GENERALES

- El documento deberá cumplimentarse a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras.
- Los espacios en gris deben cumplimentarse por la Administración de la Seguridad Social.
- Este documento se utilizará para efectuar las solicitudes de alta, baja o variación de datos de cualquier convenio especial.

### 1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE: (Se cumplimentará en todos los casos)

- **1.1 Nombre y Apellidos:** se indicarán el nombre y apellidos completos del/de la solicitante del alta del convenio especial.
- **1.2 Número de Seguridad Social:** se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del/de la solicitante.
- **1.3 Fecha de nacimiento:** se indicará la fecha de nacimiento completa del/de la solicitante.
- **1.4 Tipo de Documento Identificativo:** marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- **1.5 Número del Documento Identificativo:** se reflejará el Número del Documento Identificativo, si se trata de Tarjeta de Extranjero se anotará el Número de Identificación de Extranjero (N.I.E.).
- **1.6 Domicilio:** se hará constar el domicilio de residencia habitual del/de la solicitante. Las denominaciones del nombre de la vía pública y del municipio/entidad de ámbito territorial inferior al municipio se anotarán completas.
- **1.7 Datos Telemáticos:** La anotación de estos datos supone la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social..

### 2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DEL ALTA EN EL CONVENIO ESPECIAL

- **2.1 Fecha de inicio:** se indicará con carácter general la fecha de inicio de la percepción de la prestación.
- **2.2 Características del convenio:** Se marcará con "X" si el convenio especial se suscribe por dedicación completa o por dedicación parcial, indicando en este caso el número de horas semanales y si es percceptor del subsidio para mayores de 52 ó 55 años. Se marcará también con "X" si se solicita incremento de base.
- **2.3 Datos relativos a la persona dependiente a la que atiende el suscriptor:** se indicarán los datos completos de la misma. Nombre y apellidos, documento identificativo, NAF, domicilio y fecha de concesión de la prestación como persona dependiente, así como grado de dependencia y nivel.

### 3. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

- Se indicarán los datos completos del mismo. Tanto de nombre o razón social como documento identificativo, NAF/CCC y domicilio.

### 4. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN

- Se indicará con una "X" si se prefiere, a efecto de recibir las notificaciones de la Administración de la Seguridad Social, el domicilio anotado en los datos del/de la solicitante o si se trata de otro domicilio, en cuyo caso, se indicará el mismo a continuación.

### 5. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

- Se cumplimentará únicamente en aquellos casos en que la suscripción del convenio implique que la totalidad de las cuotas no sean abonadas por la Administración General del Estado, sino complementadas en parte por el abono del solicitante.
- Mediante la domiciliación del pago de cuotas la Tesorería General de la Seguridad Social efectuará una orden de adeudo a su Banco o Caja para el pago de dicho complemento a las cotizaciones.
- Esta domiciliación sólo es válida para el pago de dichas cotizaciones, nunca para el pago de atrasos.
- Su Banco o Caja le adeudará el importe en la cuenta por Vd. indicada, siendo el último día del mes la fecha en la cual precisa tener la provisión necesaria de fondos.
- La Tesorería General de la Seguridad Social le informará del primer mes que le será adeudado en cuenta, estando Vd. obligado al pago de las cuotas mensuales anteriores a tal mes mediante el boletín de cotización correspondiente que le será suministrado por la Tesorería General de la Seguridad Social.