



SOLICITUD DE PRESTACIÓN (I)

DATOS DEL PARTICIPE

Apellidos y Nombre		N.I.F.
Dirección		Nº Matricula
Código Postal	Población y Provincia	Teléfono

A) SITUACIÓN QUE GENERA LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> JUBILACIÓN. - Adjuntar documentos (1), (6) y (9). <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA. - Adjuntar documentos (1), (2), (5), y (6) <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE Adjuntar documentos (1), (4), (6), (7) y (10) <input type="checkbox"/> PARO DE LARGA DURACIÓN (1), (2), (3), (6) y (8) <input type="checkbox"/> ERE (1), (2), (3) y (6)	
Marcar documentos que se acompañan: (1) <input type="checkbox"/> Fotocopia D.N.I. del Partícipe. (2) <input type="checkbox"/> Fotocopia carta de baja en RTVE/TVE/RNE (3) <input type="checkbox"/> Fotocopia Justificante demanda de empleo. (4) <input type="checkbox"/> Documento acreditativo del gasto. (5) <input type="checkbox"/> Copia compulsada de la declaración de invalidez. (6) <input type="checkbox"/> Modelo 145 Agencia Tributaria	(7) <input type="checkbox"/> Certificado de NO percibir prestación por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados. (8) <input type="checkbox"/> Certificado de NO recibir prestaciones por desempleo en su nivel contributivo. (9) <input type="checkbox"/> Doc. Acreditativo cobro prestación por jubilación de la Seguridad Social. (10) <input type="checkbox"/> Certificado médico

B) MODALIDAD DE COBRO

<input type="checkbox"/> COBRO TOTAL		<input type="checkbox"/> COBRO PARCIAL	
Cantidad a percibir en forma de capital		Cantidad a percibir en forma de renta	
CAPITAL		RENTA	
<input type="checkbox"/> En el plazo más breve posible <input type="checkbox"/> En el mes de: _____		<input type="checkbox"/> Mensual. <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual.	

DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA EN LA QUE SE DEBE ABONAR LA PRESTACIÓN

BANCO/CAJA:	_____											
Domicilio Sucursal-Agencia	_____											
Código Cuenta Cliente (CCC)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Me reservo la libertad de cambiar la modalidad de prestación , como maximo, una vez al año.

Fdo.: _____

Fecha: _____

Vº Bº
Comisión de Control