



**SOLICITUD DE MEDIDA PALIATIVA CONFORME A LA IT 19/14 "CONCILIACIÓN FAMILIAR Y LABORAL DEL PERSONAL MILITAR DEL ET ANTE CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES" QUE DESARROLLA DIRECTIVA 06/14 "ACTUACIÓN ANTE CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE PERSONAL DEL ET".**

**MODELO SI SOLICITA PARA EL CUIDADO DE HIJO DEL SOLICITANTE**

DATOS DEL SOLICITANTE					
NOMBRE Y APELLIDOS		EMPLEO	DNI/NIF	TELÉFONO	EMAIL
UNIDAD DONDE ESTÁ DESTINADO EL SOLICITANTE					
DENOMINACIÓN UCO DE DESTINO		LOCALIDAD DE LA UCO		PROVINCIA	
MEDIDA PALIATIVA SOLICITADA CITANDO EL ÁREA GEOGRÁFICA O UCO					
MEDIDA PALIATIVA	LOCALIDAD/PROVINCIA/ UCO		DEFINIR MEDIDA PALIATIVA SI NO SE AJUSTA A LAS ANTERIORES		
CSNI <input type="checkbox"/>					
DESTINO <input type="checkbox"/>					
CSNI O DESTINO <input type="checkbox"/>					
MIEMBROS QUE COMPONEN EL NÚCLEO FAMILIAR DEL SOLICITANTE (APARTADO 5 DE LA IT 19/14 DEL MAPER)					
NOMBRE Y APELLIDOS		RELACIÓN O PARENTESCO		EDAD	
RESIDENCIA DEL NÚCLEO FAMILIAR DEL SOLICITANTE					
CALLE Y LOCALIDAD				PROVINCIA	
RESIDENCIA DEL HIJO DEL SOLICITANTE EN EL CASO DE QUE NO CONVIVA EN EL NÚCLEO FAMILIAR DEL SOLICITANTE					
CALLE Y LOCALIDAD				PROVINCIA	
DIAGNOSTICO DE LA DOLENCIA O ENFERMEDAD DEL HIJO DEL SOLICITANTE					
DIAGNOSTICO/DOLENCIA/ENFERMEDAD					
DATOS DE OTROS FAMILIARES QUE PUEDEN AYUDAR AL HIJO DEL SOLICITANTE (PADRES DEL SOLICITANTE Y DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO), SI EXISTEN ESTOS FAMILIARES					
PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDOS	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	SI HAY IMPEDIMENTO PARA AYUDAR (DISTANCIA/ ENFERMEDAD/ OTROS)		
LUGAR FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE					
SELLO CON FECHA ENTRADA EN EL REGISTRO DE LA UCO		DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA SOLICITUD SON CIERTOS FIRMA DEL SOLICITANTE			
		FDO.			
		EN	A	DE	DE 20



**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR EL INTERESADO**  
**MODELO SI SOLICITA PARA EL CUIDADO DE HIJO DEL SOLICITANTE**

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA NECESARIA (ORIGINALES O COPIAS COMPULSADAS)		SE APORTA
1	MODELO DE SOLICITUD PARA EL CUIDADO DE HIJO DEL SOLICITANTE CUMPLIMENTADA Y FIRMADA (DATADA SELLO UCO)	<input type="checkbox"/>
2	RENUNCIA EXPRESA A LA NO INDEMNIZACIÓN POR CSNI , SI SE SOLITA UNA CSNI	<input type="checkbox"/>
3	INFORME DEL JEFE DE UCO, QUE INCLUIRÁ AL MENOS LOS 7 PUNTOS ESTABLECIDOS EN LA IT 19/14 APDO. 6.1.	<input type="checkbox"/>
4	CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL O INFORME MÉDICO CON FECHA DE EXPEDICIÓN DE MENOS DE TRES MESES HASTA LA SOLICITUD, QUE INCLUIRÁ LA LOCALIDAD Y MUNICIPIO DEL CENTRO MÉDICO DE TRATAMIENTO, ASÍ COMO LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PERSONA Y LA DURACIÓN ESTIMADA Y FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO O QUE ACREDITE QUE LAS ENFERMEDADES ALEGADAS ESTÁN INCLUIDAS EN EL LISTADO DEL ANEXO II DE IT 19/14 O NO ESTÁNDOLO SON DE GRAVEDAD PARECIDA O SIMILAR Y QUE LA MISMA INCAPACITE AL ENFERMO PARA LA OCUPACIÓN O ACTIVIDAD HABITUAL DURANTE UN PERIODO MÍNIMO DE TRES MESES Y QUE REQUIERA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA EN UN HOSPITAL O TRATAMIENTO EN EL MISMO O BIEN CON SECUELAS PERMANENTES QUE LIMITEN PARCIAL O TOTALMENTE LA OCUPACIÓN O ACTIVIDAD HABITUAL DEL HIJO DEL SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>
5	EXPOSICIÓN DE LA CIRCUNSTANCIA EXCEPCIONAL PERSONAL FAMILIAR Y LOS MOTIVOS POR LOS QUE NO PUEDE TRASLADAR A SU LOCALIDAD DE DESTINO A SU HIJO	<input type="checkbox"/>
6	ORIGINAL O COPIA COMPULSADA DE LA CERTIFICACIÓN DE EMPADRONAMIENTO FAMILIAR, CON FECHA DE EXPEDICIÓN DE MENOS DE TRES MESES HASTA LA SOLICITUD, QUE INCLUYA LA RESIDENCIA DE TODAS LAS PERSONAS QUE RESIDAN EN EL NÚCLEO FAMILIAR DEL SOLICITANTE Y EN SU CASO, SI EL HIJO QUE NECESITA LOS CUIDADOS NO CONVIVE EN DICHO NÚCLEO, ORIGINAL O COPIA COMPULSADA DEL CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO DE ESTE HIJO EN LOS MISMOS TÉRMINOS QUE EL CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO ANTERIORMENTE CITADO, EN EL CASO DE QUE EL SOLICITANTE NO ESTE EMPADRONADO EN EL MISMO DOMICILIO DE SU NÚCLEO FAMILIAR POR RAZÓN DE DESTINO, LO ACREDITARÁ MEDIANTE DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE, ADEMÁS DEL CERTIFICADO ANTERIORMENTE MENCIONADO	<input type="checkbox"/>
7	ORIGINAL O COPIA COMPULSADA DEL CERTIFICADO DE DEPENDENCIA EN VIGOR EMITIDO POR LOS ÓRGANOS CORRESPONDIENTES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DEL HIJO DEL SOLICITANTE, SI TIENE ACREDITADA LA DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>
8	CONSENTIMIENTO EXPRESO POR ESCRITO DEL HIJO PARA QUE EL MILITAR SOLICITANTE COMUNIQUE LOS DATOS RELATIVOS A SU ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD AL ET, EN EL CASO DE QUE SEA MENOR DE EDAD O ESTÉ INCAPACITADO, EL CONSENTIMIENTO LO OTORGARÁ SU REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>
9	DECLARACIÓN DE INGRESOS BRUTOS ANUALES DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DEL SOLICITANTE QUE COMPUTAN A EFECTOS DEL CÁLCULO DE INGRESOS ANUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR, Y LA DEDUCCIÓN POR DISCAPACIDAD ACREDITADA DE CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS CITADOS. (ANEXO III)	<input type="checkbox"/>
10	AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LOS MIEMBROS CITADOS EN EL APARTADO ANTERIOR, PARA ACCEDER A LOS DATOS DE RENTA FACILITADOS POR LA AGENCIA ESPAÑOLA DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA. (ANEXO IV)	<input type="checkbox"/>
11	COPIA COMPULSADA DEL LIBRO DE FAMILIA PARA HIJOS NATURALES, EN CASO DE HIJOS ADOPTIVOS, ORIGINAL O COPIA COMPULSADA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA O JUDICIAL EN CASO DE, ACOGIMIENTO PERMANENTE O PRE-ADOPTIVO	<input type="checkbox"/>
12	ORIGINAL O COPIA COMPULSADA DE LA CERTIFICACIÓN ACTUALIZADA DEL REGISTRO CIVIL DE INSCRIPCIÓN MATRIMONIAL PARA CÓNYUGES, O COPIA COMPULSADA ACTUAL DEL LIBRO DE FAMILIA, O EN CASO DE PAREJAS DE HECHO, CERTIFICADO DE CONVIVENCIA O DE EMPADRONAMIENTO EXPEDIDO POR EL AYUNTAMIENTO DE RESIDENCIA EN EL QUE CONSTE LA CONVIVENCIA O MEDIANTE CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN UN REGISTRO DE UNIONES DE HECHO, EN AMBOS CASOS DURANTE AL MENOS 12 MESES PREVIOS A LA SOLICITUD	<input type="checkbox"/>
<b>OTRA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA OBLIGATORIA A PRESENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA</b>		
13	EN CASO DE QUE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PODRÍAN PALIAR LA SITUACIÓN ALEGADA POR EL SOLICITANTE (PADRES DEL SOLICITANTE Y DEL CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO, HERMANOS MAYORES DE EDAD DEL HIJO DEL SOLICITANTE) NO LO HICIERAN, DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE EXPLICANDO ESTE ASPECTO	<input type="checkbox"/>
14	CUALQUIER DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE APORTE INFORMACIÓN NECESARIA AL CASO	<input type="checkbox"/>

**NOTA:** DOCUMENTACIÓN A APORTAR CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA IT 19/14 DEL GEMAPER  
MARCAR CON UNA X EN EL CASO DE QUE SE APORTE LA DOCUMENTACIÓN ESPECIFICADA

LUGAR FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE	
CONFORMIDAD DE LA UCO, EL SOLICITANTE ENTREGA LO MARCADO CON X	DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA SON CIERTOS FIRMA DEL SOLICITANTE
SELLO UCO/ FIRMA DEL RESPONSABLE	EN A DE DE 20

**EXCMO. GENERAL JEFE DEL MANDO DE PERSONAL**