



# RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

– Comience por esta misma página, pero antes lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre					
Fecha de nacimiento	Número de la Seguridad Social		DNI - NIE - TIE		Teléfono de contacto				
Domicilio habitual: (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia		Nacionalidad				
Régimen			Si es empleado de hogar: <input type="checkbox"/> fijo <input type="checkbox"/> discontinuo						

## 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	Fecha de suspensión del contrato .....	Fecha de cese en la actividad .....
	Fecha probable del parto .....	
<input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL	Fecha de suspensión del contrato .....	Fecha de cese en la actividad .....
	Fecha nacimiento del hijo .....	

## 3. OTROS DATOS

<b>3.1 DATOS FISCALES</b>										
Tipo voluntario de retención por IRPF ..... %										
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:										
<input type="checkbox"/> Tabla general. Número de hijos .....			<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas			<input type="checkbox"/> Tipo voluntario ..... %				
<b>3.2 LENGUA COOFICIAL</b> en la que desea recibir su correspondencia .....										
<b>3.3 DOMICILIO DE COMUNICACIONES A EFECTOS LEGALES</b> (sólo si es distinto del indicado en el apartado 1)										
Domicilio: (calle o plaza)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidad		Provincia			País				
<b>3.4 INFORMACIÓN TELEMÁTICA</b>										
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....										
SI DESEA recibir información por un SMS, indique su móvil .....										

**4. ALEGACIONES**

--

**5. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO**

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA		DOMICILIO			Número
C. POSTAL	LOCALIDAD		PROVINCIA		
<input type="checkbox"/> EN VENTANILLA <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA		Número Código Cuenta Cliente (CCC)			
<input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> Ordinaria		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma de la solicitante,



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE EMPLEO  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Apellidos y nombre:	DNI - NIE - TIE
Clave de identificación de su expediente:	Registro del INSS
Funcionario de contacto:	

## SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

### DOCUMENTOS, ORIGINALES Y EN VIGOR, QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:

- 1  DNI - NIE - TIE
- 2  Documentos de cotización de los últimos ..... meses, facilitados por:
  - Empresa       Trabajadora
- 3  Autónomos: declaración situación de la actividad.
- 4  Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud.
- 5  Certificación médica de la Entidad gestora correspondiente que acredite la situación de riesgo.
- 6  Declaración de la empresa o trabajadora por cuenta propia, sobre puesto de trabajo y riesgo.
- 7  Declaración de inexistencia de otro puesto.
- 8  Libro de familia
  - Otros documentos.

Recibí

Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números .....

Firma

Cargo y nombre del/la funcionario/a .....

Fecha ..... Lugar .....

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por la solicitante.

Firma

Nombre del/la funcionario/a .....

Fecha ..... Lugar .....

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99), para el cálculo y control de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del I.N.S.S. (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

# RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

1. **DATOS PERSONALES.-** Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente.
2. **MOTIVO DE LA SOLICITUD.-** Cruce con un aspa la prestación que solicita. Consigne la fecha que proceda.
3. **OTROS DATOS.**
  - 3.1 **DATOS FISCALES.** Su declaración es totalmente voluntaria y en base a la misma se practicarán las retenciones sobre rendimiento del trabajo. Para ello ha de cumplimentar el modelo 145 de la Agencia Tributaria: Comunicación de datos al pagador (art. 82 del Reglamento del IRPF), que se adjunta a esta solicitud.  
En el caso de no optar por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.
  - 3.2 La elección de LENGUA COOFICIAL sólo surtirá efectos en las Comunidades Autónomas que la tengan reconocida.
  - 3.3 El DOMICILIO DE COMUNICACIONES a efectos legales sólo debe indicarse cuando desee recibirlas en otro distinto del suyo habitual, incluidas las comunicaciones oficiales en las que se le pidan actuaciones en plazos determinados.
  - 3.4 La INFORMACIÓN TELEMÁTICA sólo debe cumplimentarla si desea recibir información por estos medios.
4. **ALEGACIONES.-** Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
5. **MODALIDAD DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.-** Cruce con un aspa la fórmula por la que desea que le hagamos llegar el importe reconocido.  
Ponga especial cuidado al rellenar las casillas de la cuenta corriente para que no haya problemas cuando hagamos el ingreso.

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN

### EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR

#### 1.- Acreditación de identidad del interesado mediante la siguiente documentación en vigor:

- Españolas: Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Extranjeras:
  - Número de identificación de extranjero (NIE) y pasaporte o documento/carta de su país (UE,EEE y Suiza).
  - Tarjeta de identidad de extranjero (TIE), resto de países.

### PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR Y FOTOCOPIAS COMPULSADAS O COPIAS PARA PROCEDER A SU COMPULSA

#### 2.- Documentación relativa a la cotización:

- Trabajadora por cuenta ajena del **Régimen General**: Certificación de empresa debidamente cumplimentado.
- Trabajadora por cuenta ajena del **Régimen Especial Agrario**: Certificado de empresa, cumplimentado conforme al TC 2/8 del mes anterior al inicio de la suspensión del contrato de trabajo y justificantes de pago de los tres últimos meses (TC 1/9).
- Para las **Artistas y Profesionales Taurinas** declaración de actividades (TC 4/6) y justificantes de actuaciones (TC 4/5) que no hayan sido presentados en la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Trabajadora por **cuenta propia**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses.
- **Representantes de Comercio**: Justificantes del pago de cuotas de los tres últimos meses (TC 1/3).

### DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE EL RIESGO

#### 3.- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que la asiste.<sup>(1)</sup>

#### 4.- Certificación médica expedida por los Servicios médicos de la Entidad Gestora, en función de la Entidad con la que la empresa, o las trabajadoras por cuenta propia, tengan concertada la cobertura de los riesgos profesionales, en la que quede acreditado, en el caso de "riesgo durante el embarazo", que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto y, en el caso de "riesgo durante la lactancia natural", que las condiciones de trabajo influyen negativamente en la salud de la mujer o del hijo.

#### 5.- Declaraciones de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia.<sup>(2)</sup>

- Trabajos y actividades realizadas por la trabajadora, condiciones del puesto de trabajo, categoría y riesgo específico.
- Inexistencia de otro puesto compatible con su estado

### OTRA DOCUMENTACIÓN:

#### 6.- Declaración de situación de actividad, sólo para las trabajadoras del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

#### 7.- Libro de familia, para la prestación de "riesgo durante la lactancia natural".

---

(1) No será necesaria su presentación cuando la **certificación médica**, que acredite el riesgo, haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

(2) En caso de socias de sociedades cooperativas o laborales, la declaración se emitirá por el gerente o administrador de la sociedad.

En el caso de trabajadoras integradas en el Régimen Especial de Empleados de Hogar, la declaración la emitirá el responsable del hogar familiar

# RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

## EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de su expediente, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71.3 del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (BOE del día 11).

Si esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contado desde la fecha en la que le hayan sido requeridos.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos 3 ó 4 y 5: si la petición se ha instado por la propia trabajadora se entenderá que desiste de la misma, de acuerdo con lo previsto en los arts. 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-92 y 14-1-99). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Documento 6: la falta de presentación, en el plazo máximo indicado en el mismo, producirá la suspensión en el inicio del pago de la prestación.
- Documentos restantes: su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 80 de la citada Ley 30/1992.

## RECUERDE:

Si se produjera la extinción de la relación laboral, deberá comunicarlo a esta Dirección Provincial por tratarse de una de las causas de extinción de la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, al objeto de evitar percepciones indebidas de la misma..

En el caso de que no hubiera optado por elegir un tipo voluntario de retención del IRPF, la correspondiente retención sobre el subsidio se practicará, a partir del momento en que se le abone una cantidad acumulada que exceda de la cuantía mínima anual exenta de retención vigente con carácter general en cada ejercicio, teniendo en cuenta todo lo percibido desde el comienzo del mismo y procediendo a la regularización anual.

Asimismo, cualquier variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a su situación laboral como de su domicilio, mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicado a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto, más cercano a su domicilio.

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

NO OLVIDE PEDIR COPIA O EXTRACTO DE ESTE FORMULARIO UNA VEZ PRESENTADO  
**Para Internet:** NO OLVIDE IMPRIMIR DOS COPIAS Y CONSERVAR UNA DE ELLAS UNA VEZ PRESENTADA Y REGISTRADA