NOTAS INFORMATIVAS

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 PARA CUMPLIMENTAR EL MODELO

GENERALES

- El documento deberá cumplimentarse a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras.

ESPECÍFICAS

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A SOLICITANTE

- 1.1- Grado de Discapacidad.- Si el trabajador/a es discapacitado/a, indíquese el grado de discapacidad.idad Social.
- 1.2-Tipo de Documento Identificativo.- Marque con una "X": Documento Nacional de Identidad -DNI-, Tarjeta de Extranjero o Pasaporte.
- 1.3- 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.).
- 1.4- Datos Telemáticos.- La anotación de estos datos supone la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

Se marcará con una "X" si se trata de una solicitud de alta, de baja o de variación de datos. Se consignará la fecha de inicio o cese en la actividad laboral. En el supuesto de variaciones de datos se anotará la fecha en que se produjo tal variación. En el caso de eliminación de alta se indicará la fecha de alta de la que se solicita su eliminación.

- 2.1- Causa de la baja o variación de datos.- Si se trata de una solicitud de Baja, indicar la causa de dicha baja.
 - En el supuesto de **Variación de datos** indicar brevemente la causa de la misma, reflejando además dicha variación en el apartado/s correspondiente/s de la solicitud.
- 2.2- Fecha de fin de vacaciones retribuidas y no percibidas.- Indicar, si procede, la fecha en que finaliza el período que corresponde a las vacaciones anuales retribuidas que no haya disfrutado el trabajador con anterioridad a la finalización de la relación laboral.

3. DATOS DEL EMPLEADOR - TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR

En el campo domicilio se hará constar el domicilio del empleador por ser en el que se realiza la actividad laboral.

Se anotarán los datos que se indican obligatoriamente.

En familias numerosas, que tengan reconocida oficialmente tal condición, se indicará el tipo, fecha de caducidad del título de familia numerosa, los apellidos y nombre del cónyuge del titular del hogar familiar, siempre que no se trate de familias monoparentales, y su número de documento identificativo.

4. DECLARACIÓN DEL CUIDADOR EN FAMILIA NUMEROSA

El empleado de hogar deberá declarar la prestación de servicios exclusivos como cuidador familiar.

5. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD LABORAL

Este apartado únicamente se cumplimentará en el supuesto de solicitudes de alta o variación de datos.

En el supuesto de solicitudes de altas se indicará:

- 5.1- Grado de parentesco.- Si no existe grado de parentesco se indicará NO, en caso de que exista se indicará el grado: Primero, Segundo o Tercer grado.
- 5.2- Horas de trabajo semanales. Se indicará el número de horas de trabajo previstas a la semana.
- 5.3-Salario mensual.- Se indicará el importe mensual del salario concertado, incluyendo la parte proporcional de las pagas extras. Dato obligatorio.
- 5.4- Horas trabajo mensual.- Campo obligatorio cuando se realicen menos de 60 horas de trabajo al mes.
- **5.5-Tipo de contrato.** Se indicará: 100 Indefinido tiempo completo, 200 Indefinido tiempo parcial, 401 Obra o servicio determinado tiempo completo, 501 Obra o servicio determinado tiempo parcial, 410 Interinidad tiempo completo, 510 Interinidad tiempo parcial.
- **5.6- Número de Seguridad Social (N.S.S.) Trabajador/a sustituido/a.-** En el supuesto de que el trabajador/a que causa alta sustituya a otra persona que presta servicios para el mismo empleador, se indicará el Número de Seguridad Social del trabajador/a al que se sustituye.
- 5.7-Causa de la sustitución.-Causa que motiva la sustitución del trabajador/a.
- **5.8- Opción de sujeto responsable del ingreso de cuotas.-** (Campo obligatorio para trabajos inferiores a 60 horas al mes) Deberá marcar la opción elegida y firmar ambos. La variación de opción de Sujeto Responsable surte efectos el día primero del mes siguiente a la presentación de la solicitud de cambio.
- **5.9- Entidad de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.-** Sólo se cumplimentará en Altas. Únicamente podrá optar por una Entidad de AT y EP en el supuesto de que el empleador/a no tenga ningún otro trabajador/a en alta. Indicar código y nombre de Mutua y marcar opción de IT/CC.

6. DATOS COMPLEMENTARIOS PARA EL CÁLCULO DE LA RETRIBUCIÓN

- 6.1- Salario por hora realizada.- En el supuesto de acordar la retribución por hora, se indicará el importe acordado.
- 6.2-Importe salario mensual acordado en especie.- Se hará constar el importe mensual acordado como salario en especie.
- **6.3- Existencia pacto de horas de presencia.-** Se indicará si se ha pactado entre trabajador y empleador un determinado número de horas de presencia, y en su caso, el importe por hora de presencia pactado.
- **6.4- Existencia pacto de horas pernocta.-** Se indicará si se ha pactado entre trabajador y empleador la existencia de horas de pernocta y, en su caso, la retribución por hora pactada.

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTA

Se anotará la cuenta del sujeto responsable del pago de cuotas. Campo obligatorio

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 sus cotizaciones en período voluntario.

Esta domiciliación sólo es válida para el pago de las cotizaciones en período voluntario y regularizaciones por variación de los tipos o bases reglamentarios, 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.



TA.2/S - 0138

	DE LA SEGURIDAD SOCI
Registro de presentación	Registro de entrada
EL TRABAJADOR/A POR CUEN E HOGAR	TA AJENA EN EL RÉGIMEN

SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS DI

. DATOS DEL AFILIADO/A PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
EFOLIA DE MAQUAJENTO		1.1 GRADO DE						4.0.10.05.000.01.05.050.05.050.05.050.05.05.05.05.05.05.	
Día Mes Año	•	1.1 GRADO DE DISCAPACIDAD	D.N.I.:	DOCUMENTO ID	DE EXTRANJERO:	PASAPORTE		1.3 N° DE DOCUMENTO IDENTIF	
DOMICILIO			D.IV.I	IAIGEIA	BE EXTRARGERO.	FAOAFORTE			
CORREO ELECTRÓNICO									
CORREO ELECTRÓNICO ACEPTO ENVÍO COMUNIO	CACIONES IN	EODMATI\/AQ I	DE LA SEGUIDI	IDAD SOCIAL	SI NO	TELÉEC	NO MÓVI	ш	
9					01 140 _	TELETO)		
2. DATOS RELATIVOS A LA S		` — .		,		FECHA DE ALTA	A/BA.IA/VA	RIACIÓN DE DATOS	
<u>ALTA</u> _●	BAJA		VARIA	CIÓN DE DATOS		Día ┌●		Mes r● Año r●	
2.1 CAUSA DE LA BAJA/VARIA	CION DE DATO	S							
2.2 FECHA DE FIN DE VACACIO	ONES DETDIDI	IIDAC V NO DICI	DUTADAS						
A esta solicitud se acompaña				Día ┏●	Mes	An	io_•		
	g								
DATOS DEL EMPLEADOR PRIMER APELLIDO	- TITULAR I	DEL HOGAR SEGUNDO AF		OLICITANTE	NOMBRE			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIA	
T KIIVIEK AI ELLIDO		OLOGINDO 711	LLLIDO		TOMBRE			NOMERO DE GEGGRADAD GGGRA	
3.1 TIPO DE DOCUMENTO IDEI	NTIFICATIVO			3.2 N° DE D€	CUMENTO IDENTIFIC	ATIVO	3.3 CÓI	DIGO CUENTA COTIZACIÓN	
DNI: TARJETA DE EX	(TRANJERO:	PASAPORTE:							
TIPO DE VÍA NOMBRE DE	LA VÍA PÚBLI	ICA				BLOQUE NÚ	M. BIS I	ESCAL. PISO PUERTA CÓD. PO	
MUNICIPIO / ENTIDAD DE À									
MUNICIPIO / ENTIDAD DE A	ÁMBITO TERR	ITORIAL INFER	IOR AL MUNICI	IPIO	PROVI	NCIA		TELÉFONO	
TIPO DE FAMILIA NUMEROSA		APELLIDO:	S Y NOMBRE D	DEL CONYUGE I	DEL TITULAR DEL HO	GAR FAMILIAR		N° DE DOCUMENTO IDENTIFICAT	
GENERAL ● ESPEC	IAL								
				,					
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic	abilidad, qı ción al amp	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley	EROSA ervicios en e y que los se	el hogar de e	isten exclusivan	nente, en el		Mes P Año P Año MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los I DATOS RELATIVOS A LA A	abilidad, qı ción al amp miembros c	FAMILIA NUM ue presta se paro de la ley de la familia,	EROSA ervicios en e y que los se o de quiene	el hogar de e ervicios cons es conviven e	una familia num isten exclusivan en el domicilio de	erosa, que nente, en el la misma.		MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condi cuidado o atención de los i	abilidad, qı ción al amp miembros c	FAMILIA NUM ue presta se paro de la ley de la familia,	EROSA ervicios en e y que los se o de quiene	el hogar de l ervicios cons es conviven e	una familia num sisten exclusivam en el domicilio de	erosa, que nente, en el			
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condicuidado o atención de los in DATOS RELATIVOS A LA AN 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO	abilidad, qı ción al amp miembros c	FAMILIA NUM ue presta se paro de la ley de la familia,	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene	el hogar de l ervicios cons es conviven e	una familia num sisten exclusivam en el domicilio de	erosa, que nente, en el la misma.		MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condicuidado o atención de los outros. DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A	abilidad, qı ción al amp miembros c	FAMILIA NUM ue presta se paro de la ley de la familia,	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene	el hogar de l ervicios cons es conviven e	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 S	erosa, que nente, en el la misma.		MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condicuidado o atención de los in DATOS RELATIVOS A LA AN 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO	abilidad, qı ción al amp miembros c CTIVIDAD L	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL	el hogar de le ervicios conses conviven e	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL	FIR	MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA 5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A	abilidad, qu ción al amp miembros c CTIVIDAD L ONSABLE DEI	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE	EROSA ervicios en e y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS	el hogar de le ervicios conses conviven e	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL	FIR	MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA 5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO	abilidad, qu ción al amp miembros c CTIVIDAD L ONSABLE DEI	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL	EROSA ervicios en e y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS	el hogar de le ervicios conses conviven e	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL	FIR	MA DEL EMPLEADO/A DE HOGA 5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE	abilidad, qu ción al amp miembros c CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADOR/A,	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI	el hogar de e ervicios cons es conviven e AS DE TRABAJO ANAL USA DE LA SUS LO PARA TRAB.	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A	erosa, que nente, en el la misma. ALARIO MENSUAL	FIRI	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A TRABAJADOR/A	abilidad, qu ción al amp miembros c CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADOR/A,	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI	el hogar de e ervicios cons es conviven e AS DE TRABAJO ANAL USA DE LA SUS LO PARA TRAB.	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE	FIRI	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE EMI TRABAJO Y E O PARA CCC	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADOR/A ENFERMEDADE SIN TRABAJAE	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR SEM 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOL DORES)	el hogar de ervicios conses conviven e AS DE TRABAJO ANAL USA DE LA SUS LO PARA TRAB.	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE	FIRI	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOR.	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE EMI TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC	FAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADOR/A ENFERMEDADE SIN TRABAJAE	EROSA ervicios en e y que los se o de quiene 5.2 HOR SEM/ 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOL DORES) RETRIBUCIÓ	el hogar de ervicios conses conviven e AS DE TRABAJO ANAL USA DE LA SUS LO PARA TRABAJO NALES	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ	erosa, que nente, en el la misma. ALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON	FIRE SUALES) A QUE CU NCIAS CO UNA "X":	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOR. OMUNES ENTIDAD GESTORA MUT	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE EM TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA	EAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL LINGRESO DE EINGRESO CU PLEADOR/A ENFERMEDADE SIN TRABAJAE CULO DE LA F	5.2 HOR SEM	el hogar de le ervicios conses conviven e las de trabajos anal. USA DE LA SUS LO PARA TRAB. NALES ON 2 IMPORTE DEL	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A	erosa, que nente, en el la misma. ALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON	FIRI SSUALES) A QUE CL NCIAS CC UNA "X":	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO 6.1 SALARIO POR HORA REA 6.3 EXISTE PACTO DE	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI	EAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL LINGRESO DE EINGRESO CU PLEADOR/A ENFERMEDADE SIN TRABAJAE CULO DE LA F	EROSA ervicios en e y que los se o de quiene 5.2 HOR SEM/ 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOL DORES) RETRIBUCIÓ	el hogar de le ervicios conses conviven e las de trabajos anal. USA DE LA SUS LO PARA TRAB. NALES ON 2 IMPORTE DEL	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ SALARIO MENSUAI 6.4 EXISTE PA	erosa, que nente, en el la misma. ALARIO MENSUAL MADORIA ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE	FIRE SUALES) A QUE CU NCIAS CO UNA "X":	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A DIBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO R TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO 6.1 SALARIO POR HORA REA 6.3 EXISTE PACTO DE HORAS DE PRESEN	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA	EMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADOR/A, ENFERMEDADE SIN TRABAJAC CULO DE LA F	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESION DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO	el hogar de le ervicios conses conviven e las de trabajos anal. USA DE LA SUS LO PARA TRAB. NALES ON 2 IMPORTE DEL	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ SALARIO MENSUAI 6.4 EXISTE PA	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN	FIRI SSUALES) A QUE CL NCIAS CC UNA "X":	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los is decuidado o atención de los is decuidados. DATOS RELATIVOS A LA A 15.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 15.5 TIPO DE CONTRATO 15.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 15.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPONDE O POCIÓN SUJETO RESPONDE O POCIÓN SUJETO RESPONDE O POCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO DE HORAS DE PRESENDATOS PARA LA DOMICILIA DATOS PARA LA DOMICILIA DATOS DE PARA LA DOMICILIA DATOS PARA LA DOMICILIA DATOS DE PARA LA DOMICILIA DE SENDA DATOS PARA LA DOMICILIA DATOS PARA PARA PARA PARA PARA PARA PARA PAR	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE EMI TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI JICIA ACIÓN DEL	EAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADORIA P ENFERMEDADE SIN TRABAJAL CULO DE LA F	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESION DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO	el hogar de le ervicios conses conviven e las de trabajos anal. USA DE LA SUS LO PARA TRAB. NALES ON 2 IMPORTE DEL	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ SALARIO MENSUAI 6.4 EXISTE PA	erosa, que nente, en el la misma. ALARIO MENSUAL MADORIA ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE	FIRI SSUALES) A QUE CL NCIAS CC UNA "X":	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los is decuidado o atención de los is decuidados. DATOS RELATIVOS A LA A 15.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 15.5 TIPO DE CONTRATO 15.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 15.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPONDE O POCIÓN SUJETO RESPONDE O POCIÓN SUJETO RESPONDE O POCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO DE HORAS DE PRESENDATOS PARA LA DOMICILIA DATOS PARA LA DOMICILIA DATOS DE PARA LA DOMICILIA DATOS PARA LA DOMICILIA DATOS DE PARA LA DOMICILIA DE SENDA DATOS PARA LA DOMICILIA DATOS PARA PARA PARA PARA PARA PARA PARA PAR	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE EMI TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI JICIA ACIÓN DEL	EAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADORIA P ENFERMEDADE SIN TRABAJAL CULO DE LA F	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESION DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO	el hogar de le ervicios conses conviven el AS DE TRABAJO ANAL JSA DE LA SUS LO PARA TRAB. NALES NALES IMPORTE DEL DRA	una familia num iisten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 s TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ . SALARIO MENSUAI 6.4 EXISTE PA HORAS DE	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA	FIRI SUALES) A QUE CL NCIAS CC UNA "X": ESPECIE SI NC	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT E O IMPORTE POR HORA	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condicuidado o atención de los incuidado o atención de los incuidados o atención de los incuidados. DATOS RELATIVOS A LA A S.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPON OPCIÓN SUJETO RESPON ENTIDAD ACCIDENTES DE COPCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO 6.1 SALARIO POR HORA REA 6.3 EXISTE PACTO DE HORAS DE PRESEN DATOS PARA LA DOMICILIA CÓDIGO INTERNACIONAL CUENCIDADOS COMPLEMENTACIONAL CUENCIDADOS COMPLEMENTARIOS DE PRESEN DATOS PARA LA DOMICILIA CÓDIGO INTERNACIONAL CUENCIDADOS COMPLEMENTACIONAL CUENCIDADOS COMPLEMENTARIOS DE PRESEN DATOS PARA LA DOMICILIA CÓDIGO INTERNACIONAL CUENCIDADOS CUENCIDADOS COMPLEMENTARIOS DE PRESEN DATOS PARA LA DOMICILIA CÓDIGO INTERNACIONAL CUENCIDADOS CUENCID	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L DNSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA ACIÓN DEL NTA BANCARI.	EAMILIA NUM ue presta se aro de la ley de la familia, ABORAL L INGRESO DE E INGRESO CU PLEADOR/A ENFERMEDADE SIN TRABAJAL RULO DE LA F NO IMP PAGO DE CL A (IBAN)	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI ORTE POR HO JOTAS	el hogar de le ervicios conses conviven el AS DE TRABAJO ANAL JSA DE LA SUS LO PARA TRABAJO NALES	una familia num iisten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ 6.4 EXISTE PA HORAS DE	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA	FIRI SUALES) A QUE CL NCIAS CC UNA "X": ESPECIE SI NC	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los i DATOS RELATIVOS A LA A 5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPO OPCIÓN SUJETO RE TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO 6.1 SALARIO POR HORA REA 6.3 EXISTE PACTO DE HORAS DE PRESEN DATOS PARA LA DOMICILIA CÓDIGO INTERNACIONAL CUEN DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DE	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA ACIÓN DEL NTA BANCARI.	ENFERMEDADE SIN TRABAJAE LINGRESO DE ENGRESO CUPLEADOR/A, NO IMP PAGO DE CL A (IBAN) ELA CUENTA D	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO JOTAS E ADEUDO	el hogar de ervicios conses conviven e AS DE TRABAJO ANAL JSA DE LA SUS LO PARA TRABAJO ANALES DIN 2 IMPORTE DEL DRA TIPO DE D D.N.I.: C.I.F.:	una familia num iisten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ 6.4 EXISTE PA HORAS DE OCUMENTO IDENTIF TARJETA EXTRANJERO:	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA ICATIVO PASPRT:	FIRI SUALES) A QUE CL NCIAS CC UNA "X": I ESPECIE SI NC	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA O IMPORTE POR HORA N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIV	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condicuidado o atención de los in decuidado o atención de los indicuidados a contra de la contra de la contra decuidad de la contra decuidad de la contra decuidad de la contra del contra del contra de la contra del contra de la contra del contra de la contra del cont	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA ACIÓN DEL NTA BANCARI.	ENFERMEDADE SIN TRABAJAE LINGRESO DE ENGRESO CUPLEADOR/A, NO IMP PAGO DE CL A (IBAN) ELA CUENTA D	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI ORTE POR HO JOTAS	el hogar de ervicios conses conviven e AS DE TRABAJO ANAL JSA DE LA SUS LO PARA TRABAJO ANALES DIN 2 IMPORTE DEL DRA TIPO DE D D.N.I.: C.I.F.:	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ 6.4 EXISTE PA HORAS DE OCUMENTO IDENTIF TARJETA EXTRANJERO: DILIGENCIA	erosa, que nente, en el la misma. GALARIO MENSUAL A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA	FIRI SUALES) A QUE CL ANCIAS CC UNA "X": ESPECIE SI NO	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT E O IMPORTE POR HORA	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condicuidado o atención de los incuidado o atención de los incuidados de la contracto de la contractorio del contractorio de la contractorio del contractorio de la	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA ACIÓN DEL NTA BANCARI.	ENFERMEDADE SIN TRABAJAE LINGRESO DE ENGRESO CUPLEADOR/A, NO IMP PAGO DE CL A (IBAN) ELA CUENTA D	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO JOTAS E ADEUDO	el hogar de ervicios conses conviven e AS DE TRABAJO ANAL JSA DE LA SUS LO PARA TRABAJO ANALES DIN 2 IMPORTE DEL DRA TIPO DE D D.N.I.: C.I.F.:	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ 6.4 EXISTE PA HORAS DE OCUMENTO IDENTIF TARJETA EXTRANJERO: DILIGENCIA SUBSANACIÓN Fecha:	erosa, que nente, en el la misma. A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA ICATIVO PASPRT: DE NOTIFICACIÓN I	FIRI SUALES) A QUE CL ANCIAS CC UNA "X": ESPECIE SI NO	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT O IMPORTE POR HORA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN Fecha:	
ENTRE AMBOS 5.5 TIPO DE CONTRATO 5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A 5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPC OPCIÓN SUJETO RE TRABAJADOR/A 5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE (OPCIÓN VÁLIDA SÓL DATOS COMPLEMENTARIO 6.1 SALARIO POR HORA REA 6.3 EXISTE PACTO DE HORAS DE PRESEN DATOS PARA LA DOMICILIA CÓDIGO INTERNACIONAL CUEN DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DE	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA ACIÓN DEL NTA BANCARI.	ENFERMEDADE SIN TRABAJAE LINGRESO DE ENGRESO CUPLEADOR/A, NO IMP PAGO DE CL A (IBAN) ELA CUENTA D	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO JOTAS E ADEUDO	el hogar de ervicios conses conviven e es conviven e ex co	una familia num iisten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 \$ TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ 6.4 EXISTE PA HORAS DE OCUMENTO IDENTIE TARJETA EXTRANJERO: DILIGENCIA SUBSANACIÓN	erosa, que nente, en el la misma. A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA ICATIVO PASPRT: DE NOTIFICACIÓN I	FIRI SUALES) A QUE CL ANCIAS CC UNA "X": ESPECIE SI NO	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT E O IMPORTE POR HORA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN	
Declara, bajo su respons tiene reconocida tal condic cuidado o atención de los incuidado o atención de los incuidados el contro se para el contro de la contro del contro de la c	abilidad, qu ción al amp miembros o CTIVIDAD L ONSABLE DEI ESPONSABLE TRABAJO Y E O PARA CCC OS AL CÁLC ALIZADA SI ICIA ACIÓN DEL NTA BANCARI.	ENFERMEDADE SIN TRABAJAE LINGRESO DE ENGRESO CUPLEADOR/A, NO IMP PAGO DE CL A (IBAN) ELA CUENTA D	EROSA ervicios en o y que los se o de quiene 5.2 HOR. SEM. 5.7 CAL CUOTAS (SÓI OTAS ES PROFESIOI DORES) RETRIBUCIÓ 6.2 ORTE POR HO JOTAS E ADEUDO	el hogar de ervicios conses conviven e es conviven e ex co	una familia num isten exclusivam en el domicilio de 0 5.3 S TITUCIÓN AJOS INFERIORES A FIRMA DEL TRABAJ 6.4 EXISTE PA HORAS DE OCUMENTO IDENTIF TARJETA EXTRANJERO: DILIGENCIA SUBSANACIÓN Fecha:	erosa, que nente, en el la misma. A 60 HORAS MEN ADOR/A ENTIDAD CON L POR CONTINGE MARQUE CON ACORDADO EN CTO DE PERNOCTA ICATIVO PASPRT: DE NOTIFICACIÓN I	FIRI SUALES) A QUE CL ANCIAS CC UNA "X": ESPECIE SI NO	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL FIRMA DEL EMPLEADOR/A FIRMA DEL EMPLEADOR/A JBRE LA INCAPACIDAD TEMPOROMUNES ENTIDAD GESTORA MUT O IMPORTE POR HORA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN Fecha:	





RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS DE TRABAJADOR POR CUENTA AJENA (TA2/S-138)

Con la fecha que se indica en el reverso del presente documento ha tenido entrada en el registro de esta Administración de la Seguridad Social la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADOR/A

C.C.C.

FECHA DE ALTA/BAJAVARIACIÓN DE DATOS

Día Mes Año

Registro de entrada

PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.



TA.2/S-0138 (Resguardo) (11-07-2016)



SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS DE TRABAJADOR POR CUENTA AJENA (TA2/S-0138)

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta ajena o asimilado, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el art. 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996 de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A	
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL DE TRABAJADOR/A	C.C.C.
ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS	FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS Día Mes Año
	en el art. 68 de la Ley 39/2015, en un inte deberá subsanar la falta que cumentos que se relacionan.

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.

- Ka	gistr	\circ		ıd	
110	gioui	\cup	sai	IU	a

TA.2/S-0138 (Subsanación) (11-07-2016)

PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.