

## 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

Registro de presentación

Registro de entrada

## SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS DEL TRABAJADOR/A POR CUENTA AJENA EN EL RÉGIMEN GENERAL - SISTEMA ESPECIAL PARA EMPLEADOS DE HOGAR

### 1. DATOS DEL AFILIADO/A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	1.1 GRADO DE DISCAPACIDAD	1.2 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	1.3 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	D.N.I.: <input type="text"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/> PASAPORTE: <input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO			
<input type="text"/>			
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>			
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL <input type="text"/>			

### 2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

ALTA <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	VARIACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
			Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
2.1 CAUSA DE LA BAJA/VARIACIÓN DE DATOS			
<input type="text"/>			
2.2 FECHA DE FIN DE VACACIONES RETRIBUIDAS Y NO DISFRUTADAS			
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>			
A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

### 3. DATOS DEL EMPLEADOR - TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
3.1 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	3.2 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	3.3 CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN						
DNI: <input type="text"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/> PASAPORTE: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO		MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO			PROVINCIA		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIPO DE FAMILIA NUMEROSA		APELLIDOS Y NOMBRE DEL CÓNYUGE DEL TITULAR DEL HOGAR FAMILIAR			N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO			
GENERAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
FECHA CADUCIDAD TÍTULO FAMILIA NUMEROSA		Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>						

### 4. DECLARACIÓN DEL CUIDADOR EN FAMILIA NUMEROSA

Declaro, bajo su responsabilidad, que presta servicios en el hogar de una familia numerosa, que tiene reconocida tal condición al amparo de la ley y que los servicios consisten exclusivamente, en el cuidado o atención de los miembros de la familia, o de quienes conviven en el domicilio de la misma.

FIRMA DEL EMPLEADO/A DE HOGAR

### 5. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD LABORAL

5.1 GRADO DE PARENTESCO ENTRE AMBOS	5.2 HORAS DE TRABAJO SEMANAL	5.3 SALARIO MENSUAL	5.4 HORAS DE TRABAJO MENSUAL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5.5 TIPO DE CONTRATO	5.7 CAUSA DE LA SUSTITUCIÓN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
5.6 N.S.S. TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A	5.8 OPCIÓN DE SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS (SÓLO PARA TRABAJOS INFERIORES A 60 HORAS MENSUALES)				
<input type="text"/>	OPCIÓN SUJETO RESPONSABLE INGRESO CUOTAS				
	TRABAJADOR/A <input type="checkbox"/> EMPLEADOR/A <input type="checkbox"/>				
5.9 ENTIDAD ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES (OPCIÓN VÁLIDA SÓLO PARA CCC SIN TRABAJADORES)		FIRMA DEL TRABAJADOR/A		FIRMA DEL EMPLEADOR/A	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		ENTIDAD CON LA QUE CUBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES		MARQUE CON UNA "X": ENTIDAD GESTORA <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/>	

### 6. DATOS COMPLEMENTARIOS AL CÁLCULO DE LA RETRIBUCIÓN

6.1 SALARIO POR HORA REALIZADA	6.2 IMPORTE DEL SALARIO MENSUAL ACORDADO EN ESPECIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.3 EXISTE PACTO DE HORAS DE PRESENCIA	6.4 EXISTE PACTO DE HORAS DE PERNOCTA
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IMPORTE POR HORA <input type="text"/>	IMPORTE POR HORA <input type="text"/>

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

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO			N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
<input type="text"/>	D.N.I.: <input type="text"/> C.I.F.: <input type="text"/> TARJETA EXTRANJERO: <input type="text"/> PASPRT.: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO	FIRMA DEL TRABAJADOR/A	FIRMA DEL EMPLEADOR	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha: D.N.I.: FIRMA:	Fecha: D.N.I.: FIRMA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

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

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA. 2/S-0138  
(05-12-2014)

## 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.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>

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.

## 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.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>

De conformidad con lo establecido en el art. 68 de la Ley 39/2015, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos 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.

Registro de salida

**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.