

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA VALORAR INGRESOS DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA

D./Dña. _____, con DNI _____ (declarante):

En calidad de:

- Trabajador
 Familiar:
 Cónyuge / pareja de hecho Hijo/a Nieto/a Padre/madre

DECLARA:

I) Que tras el Accidente de trabajo (AT) / Enfermedad profesional (EP) del trabajador D./Dña. _____ en fecha _____, se solicita ayuda a la Comisión de Prestaciones Especiales (CPE), que tendrá lugar el mes _____.

II) Que los señalados a continuación son mis únicos ingresos percibidos en el mes de _____ (indicar el mes anterior a la celebración de la CPE que decidirá la solicitud)

Rendimientos		Importe mensual
1	Sueldos y salarios	
2	Prestación por desempleo	
3	Dietas y asignaciones para gastos de viaje	
4	Cantidades recibidas por planes de pensiones	
5	Aportaciones de la empresa a su plan de pensiones.	
6	Prestaciones percibidas del sistema de previsión social ⁽¹⁾	
7	Cantidades percibidas por razón de cargo de Diputado, Senador, Concejales, Diputaciones provinciales, etc.	
8	Rendimientos derivados de impartir cursos, conferencias	
9	Rendimientos derivados de la elaboración de obras literarias, artísticas o científicas	
10	Retribuciones de administradores y miembros del consejo de administración, de las juntas que hagan sus veces y demás miembros de otros órganos representativos	
11	Pensiones compensatorias recibidas del cónyuge y las anualidades por alimentos	
12	Ingresos derivados de derechos especiales reservados por fundadores o promotores de una sociedad.	
13	Becas de estudios.	
14	Retribuciones percibidas por quienes colaboren en actividades humanitarias o de asistencia social promovidas por entidades sin ánimo de lucro	
15	Retribuciones derivadas de relaciones laborales de carácter especial ⁽²⁾	
16	Ingresos de personas con discapacidad por posesión de patrimonio.	
17	Otros ingresos Origen:	

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente declaración.

- Mediante la presente **AUTORIZO** a **umivale Activa**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3, para la comprobación de los datos contenidos en esta declaración con otras administraciones públicas o entidades institucionales.

En _____, a ____ de _____ de _____.

Fdo: _____.

-
- (1) *Pensiones y haberes pasivos percibidos por la SS (prestaciones de incapacidad, jubilación, accidente, enfermedad, viudedad o similares)*
Prestaciones percibidas por beneficiarios de mutualidades generales de funcionarios, colegios de huérfanos y otras entidades similares
Prestaciones percibidas por los beneficiarios de planes de pensiones
Prestaciones percibidas por los beneficiarios de contratos de seguros concertados con mutualidades de previsión social
Prestaciones percibidas por los beneficiarios de los planes de previsión empresarial y prestaciones por jubilación e invalidez percibidas por los beneficiarios de contratos de seguro colectivo
Prestaciones percibidas por los beneficiarios de los Planes de Previsión Asegurados
Seguros de dependencia
- (2) *Relaciones laborales de carácter especial las siguientes:*
La del personal de alta dirección no incluido en el artículo 1.3.c).
La del servicio del hogar familiar.
La de los penados en las instituciones penitenciarias.
La de los deportistas profesionales.
La de los artistas de espectáculos públicos.
La de las personas que intervengan en operaciones mercantiles por cuenta de uno o más empresarios (representantes de comercio) sin asumir el riesgo y ventura de aquéllas (Real Decreto 1438/1985, de 1 de agosto).
La de los trabajadores con discapacidad que presten sus servicios en los centros especiales de empleo.
La de los menores sometidos a la ejecución de medidas de internamiento para el cumplimiento de su responsabilidad penal.
La de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
La de los abogados que prestan servicios en despachos de abogados, individuales o colectivos.
Cualquier otro trabajo que sea expresamente declarado como relación laboral de carácter especial por una Ley.

Información sobre protección de datos personales:

- **Responsable:** **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es.
- **Finalidad y legitimación:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora de la Seguridad Social.
- **Destinatarios:** Seguridad Social y organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales.
- **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros. Remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivale.es.
- **Información adicional:** Puede consultar toda la información adicional y detallada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>.