



**ANEXO**  
**MODELO DE SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL**  
**COMPLEMENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL AL 100%.**

| <b>DATOS DEL EMPLEADO PÚBLICO</b> |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Apellidos y Nombre:               | DNI:                |
| Domicilio:                        |                     |
| Código Postal:                    |                     |
| Municipio:                        | Provincia:          |
| Teléfono:                         | Correo electrónico: |

| <b>DATOS DEL REPRESENTANTE (en aquellos casos en que el estado del interesado le impida formular la solicitud)</b> |                     |
|--|---------------------|
| Apellidos y Nombre:  | DNI:                |
| Domicilio:   |                     |
| Código Postal:   |                     |
| Municipio:   | Provincia:          |
| Teléfono:  | Correo electrónico: |

| <b>FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL</b> |
|--|
| Fecha de la baja:  |

| <b>CAUSA</b>   |
|--|
| Riesgo durante embarazo, lactancia natural, maternidad, paternidad, adopción y acogimiento |
| Hospitalización y/o intervención quirúrgica  |
| Enfermedad grave según RD 1148/2011  |
| IT durante embarazo  |

| <b>SOLICITO</b>  |
|--|
| Que me sea reconocido el complemento al 100% de mis retribuciones fijas y periódicas de devengo mensual desde el primer día de la incapacidad temporal a la que se refiere esta solicitud, en los términos establecidos en el apartado tercero del acuerdo adoptado por Consejo de Gobierno de fecha 26 de septiembre de 2012, por el que se regula la prestación económica en la situación de incapacidad temporal del Personal al servicio de la Universidad Miguel Hernández de Elche |

|  |
|--|
| El solicitante DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD, que son ciertos todos los datos reseñados en la solicitud, así como en la documentación que se acompaña a la misma |
|--|

(Firma)

En \_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

*De conformidad con lo señalado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de la presente solicitud se incorporarán en un fichero de datos personales con destino exclusivo para los fines derivados de la determinación de la procedencia y posterior inclusión en nómina, en su caso, del complemento al cien por cien de la mejora voluntaria de la acción protectora de la Seguridad Social en el supuesto de incapacidad temporal por contingencias comunes*



El procedimiento para el reconocimiento de la mejora voluntaria al cien por cien durante la situación de incapacidad temporal se iniciará mediante solicitud del interesado dirigida al Servicio de Personal correspondiente. La solicitud, estará disponible en:

<http://rrhh.umh.es/nominas-y-seguridad-social/regimen-general-seguridad-social-incapacidad-temporal/notificacion-acuerdo-prestacion-economica-por-incapacidad-temporal-27092012/>

La concurrencia de las circunstancias señaladas en cada supuesto deberá ser acreditada mediante la presentación, junto con la solicitud, de los justificantes y/o informes médicos oportunos en el plazo máximo de **diez** días desde que se produjo la hospitalización, intervención o tratamiento, sin perjuicio de la posibilidad de presentar nueva documentación en un momento posterior.

Una vez cumplimentados los datos de la solicitud e impresa la misma, deberá presentarla, en el Servicio de Personal correspondiente, adjuntando la siguiente documentación:

- a) Fotocopia del **ejemplar para el trabajador** del parte médico de baja expedido por el facultativo correspondiente, y en su caso, informe acreditativo del facultativo correspondiente referido al supuesto de enfermedad grave.
- b) En el supuesto de hospitalización y/o intervención quirúrgica, junto con el parte de baja se presentará original o fotocopia del justificante de ingreso emitido por el centro hospitalario.
- c) En el supuesto de que la situación de incapacidad temporal se produzca durante el embarazo, junto con el parte de baja se presentará copia del informe clínico del facultativo que acredite esta circunstancia.

El personal deberá adjuntar la documentación médica en **sobre cerrado**.