

**SOLICITUD EN MATERIA DE
CUIDADO DE HIJO MENOR AFECTADO POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE Y
MODELO DE DECLARACIÓN MÉDICA**

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AL DORSO DE ESTE DOCUMENTO

1.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
CENTRO DE TRABAJO:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO: (preferentemente corporativo)			

2.- CONCEPTO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA

<input type="checkbox"/> INICIO	<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN	Fecha nacimiento del menor:	Porcentaje reducción de jornada:	Fecha de efectos de lo solicitado:
<input type="checkbox"/> FINALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.- DATOS DEL OTRO PROGENITOR

Nombre del otro progenitor:	
Empresa del otro progenitor:	

4.- OBSERVACIONES

--

FECHA:

FIRMA (manuscrita o electrónica):

Presentación de esta documentación en formato físico:

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
Avda. de Huelva, 8 – 06005 BADAJOZ

Presentación de esta documentación por el Registro Electrónico de la Junta de Extremadura:

El código de la unidad de destino es **A11030146**

Información del procedimiento – Cuidado de hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave

art. 49.e del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre

- El funcionario tendrá derecho, siempre que ambos progenitores, guardadores con fines de adopción o acogedores de carácter permanente trabajen, a una reducción de la jornada de trabajo de al menos la mitad de la duración de aquélla, percibiendo las retribuciones íntegras con cargo a los presupuestos del órgano o entidad donde venga prestando sus servicios, para el cuidado, durante la hospitalización y tratamiento continuado, del hijo menor de edad afectado por cáncer (tumores malignos, melanomas o carcinomas) o por cualquier otra enfermedad grave que implique un ingreso hospitalario de larga duración y requiera la necesidad de su cuidado directo, continuo y permanente acreditado por el informe del servicio público de salud u órgano administrativo sanitario de la comunidad autónoma o, en su caso, de la entidad sanitaria concertada correspondiente y, como máximo, hasta que el hijo o persona que hubiere sido objeto de acogimiento permanente o de guarda con fines de adopción cumpla los **23 años**. En consecuencia, el mero cumplimiento de los 18 años de edad del hijo o del menor sujeto a acogimiento permanente o a guarda con fines de adopción, no será causa de extinción de la reducción de la jornada, si se mantiene la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente.
- Cuando concurren en ambos progenitores, guardadores con fines de adopción o acogedores de carácter permanente, por el mismo sujeto y hecho causante, las circunstancias necesarias para tener derecho a este permiso o, en su caso, puedan tener la condición de beneficiarios de la prestación establecida para este fin en el Régimen de la Seguridad Social que les sea de aplicación, el funcionario tendrá derecho a la percepción de las retribuciones íntegras durante el tiempo que dure la reducción de su jornada de trabajo, siempre que el otro progenitor o guardador con fines de adopción o acogedor de carácter permanente, sin perjuicio del derecho a la reducción de jornada que le corresponda, no cobre sus retribuciones íntegras en virtud de este permiso o como beneficiario de la prestación establecida para este fin en el Régimen de la Seguridad Social que le sea de aplicación. En caso contrario, sólo se tendrá derecho a la reducción de jornada, con la consiguiente reducción de retribuciones.
- Asimismo, en el supuesto de que ambos presten servicios en el mismo órgano o entidad, ésta podrá limitar su ejercicio simultáneo por razones fundadas en el correcto funcionamiento del servicio.

ÓRGANO COMPETENTE PARA RESOLVER

Gerencia del Área de Salud.

SENTIDO DEL SILENCIO Y PLAZO DE RESOLUCIÓN

Estimatorio. 3 días hábiles. El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, legitima al interesado para entenderla estimada por silencio administrativo (art. 24.1 de la Ley 39/2015).

NORMATIVA DE APLICACIÓN

Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre; sin perjuicio del resto de normativa que sea de aplicación.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR (en sobre cerrado)

- Modelo de declaración médica que incluye la presente solicitud.
- Libro de familia (o documento análogo) con el que se acredita el grado de parentesco del solicitante y del menor.
- Informe de vida laboral de la otra persona progenitora/adoptante/acogedora de la persona menor actualizado a la fecha de solicitud del permiso.
- Declaración responsable de la otra persona progenitora/adoptante/acogedora del menor que indique SÍ/NO disfruta del permiso y, en caso afirmativo, SÍ/NO percibe sus retribuciones íntegras por este permiso.
- Otra documentación que la persona desea aportar voluntariamente en apoyo de su solicitud.

MEDIOS DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

- Oficinas de Asistencia a la Ciudadanía
- REGISTRO ELECTRÓNICO JUNTA DE EXTREMADURA (con certificado electrónico, DNI-E o sistema CLAVE)
- REGISTRO ELECTRÓNICO ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO (con certificado electrónico, DNI-E o sistema CLAVE)

Si se presenta por registro electrónico, adjuntar este documento firmado por el/la solicitante.

Si presenta esta solicitud por el **Registro Electrónico** de la Junta de Extremadura, deberá cumplimentarla, guardarla en su equipo informático y dirigirla de la siguiente forma.

UNIDAD DE DESTINO.- En el apartado "Si conoce el código DIR3 de la unidad a la que desea dirigir el escrito o solicitud, señale esta opción e indíquelo en la casilla correspondiente" debe ponerse el código DIR3 de la Dirección de Recursos Humanos del Área de Badajoz, que es: **A11030146**, o bien:

CONSEJERÍA	CENTRO DIRECTIVO/ORGANISMO	UNIDAD NIVEL 1	UNIDAD NIVEL 2	UNIDAD NIVEL 3
Consejería de Salud Y Servicios Sociales.	Servicio Extremeño de Salud (SES).	Gerencia de Áreas de Salud.	Gerencia Área de Badajoz.	Dirección de Recursos Humanos Badajoz.

PROTECCIÓN DE DATOS

El tratamiento o cesión de los datos de carácter personal contenidos en esta solicitud o en los documentos adjuntos, deberá realizarse respetando las medidas de seguridad establecidas en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre**, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; política de privacidad y seguridad de la información del Servicio Extremeño de Salud y normas de desarrollo.

**DECLARACIÓN MÉDICA
CUIDADO DE HIJO MENOR AFECTADO POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

MODELO ADAPTADO DE LA ORDEN MINISTERIAL TMS/103/2019, DE 6 DE FEBRERO (BOE N.º 34, DE 8 DE FEBRERO DE 2019)

1.- DATOS DEL SOLICITANTE DEL PERMISO

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
Relación con el menor:	<input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente <input type="checkbox"/> Tutor		

2.- DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR

Nombre:			
Categoría profesional:			
Centro sanitario:			

3.- DATOS DEL MENOR

Nombre:			
Fecha nacimiento:			
Diagnóstico:			
Fecha ingreso hospitalario:	Desde		Hasta

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADO CONTINUO Y PERMANENTE

A
3.A.1.- Terapias intravenosas y subcutáneas
<input type="checkbox"/> Antibioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Fluidoterapia <input type="checkbox"/> Transfusiones <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Otros
3.A.2.- Terapias nutricionales / digestivas
<input type="checkbox"/> Nutrición enteral diurna <input type="checkbox"/> Nutrición enteral nocturna <input type="checkbox"/> Nutrición parenteral diurna <input type="checkbox"/> Nutrición parenteral nocturna <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> Gastrostomía <input type="checkbox"/> Yeyunostomía <input type="checkbox"/> Ileostomía <input type="checkbox"/> Colostomía
3.A.3.- Terapias respiratorias
<input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica no invasiva diurna <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica no invasiva nocturna <input type="checkbox"/> Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Asistente de la tos <input type="checkbox"/> Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/> Movilización mucociliar chalecos
3.A.4.- Cuidados quirúrgicos
<input type="checkbox"/> Cura quirúrgica <input type="checkbox"/> Cura compleja <input type="checkbox"/> Cuidados ostomías
3.A.5.- Terapias urológicas / nefrológicas
<input type="checkbox"/> Sonda vesical intermitente <input type="checkbox"/> Cistostomía permanente <input type="checkbox"/> Uretostomía <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal

3.A.6.- Monitorización	
<input type="checkbox"/> Neumocardiograma	
B	
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:	
<input type="checkbox"/> Inmunosupresión importante	
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad	
<input type="checkbox"/> Epilepsia de difícil control	
<input type="checkbox"/> Otros: (especificar detalladamente)	
C	
¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene un centro asignado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
D	
¿En el momento actual se encuentra en situación basal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

4.- CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD	
Nombre:	
Categoría profesional:	
Centro sanitario:	

5.- PERÍODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE / TUTOR	
Desde	Hasta

6.- OBSERVACIONES

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO: