



Rellene este impreso de la forma más exacta posible porque así facilitará el trámite de su prestación.

Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

Escriba con claridad y en letras mayúsculas para evitar errores de interpretación.

MODELO
PF6

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO A CARGO

(para Centros o Instituciones que tienen acogidos menores y/o minusválidos)

1. DATOS DEL CENTRO O INSTITUCIÓN QUE ACOGE A LOS BENEFICIARIOS

Denominación		Núm. de identificación fiscal						
Núm. de teléfono	Domicilio social (calle, plaza, avenida, etc.)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad			Provincia				

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN QUE ACOGE A LOS BENEFICIARIOS

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte
-----------------	------------------	--------	-----------------------

2. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS A CARGO MENORES DE 18 AÑOS QUE NO SEAN MINUSVÁLIDOS (*)

A rellenar por la
DP del INSS

Primer apellido	¿Se encuentra a cargo de la Institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Reside en España? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Régimen
Segundo apellido	¿Cobra alguna otra pensión o subsidio? indique clase y organismo		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Total de los ingresos brutos obtenidos en el año anterior	Mutualidad
Nombre	DATOS DEL PADRE				Clave prestación
DNI - NIE - Pasaporte	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Núm. afiliación S.S.	DATOS DE LA MADRE				Contributiva
Lugar y fecha de nacimiento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Nacionalidad	DATOS DEL TUTOR				No contributiva
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	

Primer apellido	¿Se encuentra a cargo de la Institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Reside en España? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Régimen
Segundo apellido	¿Cobra alguna otra pensión o subsidio? indique clase y organismo		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Total de los ingresos brutos obtenidos en el año anterior	Mutualidad
Nombre	DATOS DEL PADRE				Clave prestación
DNI - NIE - Pasaporte	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Núm. afiliación S.S.	DATOS DE LA MADRE				Contributiva
Lugar y fecha de nacimiento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Nacionalidad	DATOS DEL TUTOR				No contributiva
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	

(*) A partir de los 16 años, el Documento Nacional de Identidad, es dato necesario.

A rellenar por la DP del INSS

Primer apellido	¿Se encuentra a cargo de la Institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Reside en España? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Régimen
Segundo apellido	¿Cobra alguna otra pensión o subsidio? indique clase y organismo		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Total de los ingresos brutos obtenidos en el año anterior	Mutualidad
Nombre	DATOS DEL PADRE				Clave prestación
DNI - NIE - Pasaporte	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	Contributiva
Núm. afiliación S.S.	DATOS DE LA MADRE				No contributiva
Lugar y fecha de nacimiento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Nacionalidad	DATOS DEL TUTOR				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	

3. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS MINUSVÁLIDOS A CARGO (*)

A rellenar por la DP del INSS

Primer apellido	¿Se encuentra a cargo de la Institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Es pensionista de jubilación o invalidez no contributiva? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Grado de minusvalía
Segundo apellido	¿Reside en España? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Tiene solicitada pensión de jubilación o invalidez no contributiva? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Régimen
Nombre	¿Tiene título de minusvalía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Grado reconocido(**)		Fecha de la solicitud		Mutualidad
DNI - NIE - Pasaporte	¿Tiene solicitado reconocimiento de minusvalía en el IMSERSO u organismo competente de la Comunidad Autónoma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Cobra alguna otra pensión o subsidio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO indique clase y organismo		Clave prestación
Núm. afiliación S.S.	Fecha de la solicitud		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Contributiva
Núm. identificación autónomos	DATOS DEL PADRE				No contributiva
Lugar y fecha de nacimiento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Nacionalidad	DATOS DE LA MADRE				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
	DATOS DEL TUTOR				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	

Primer apellido	¿Se encuentra a cargo de la Institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Es pensionista de jubilación o invalidez no contributiva? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Grado de minusvalía
Segundo apellido	¿Reside en España? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Tiene solicitada pensión de jubilación o invalidez no contributiva? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Régimen
Nombre	¿Tiene título de minusvalía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Grado reconocido(**)		Fecha de la solicitud		Mutualidad
DNI - NIE - Pasaporte	¿Tiene solicitado reconocimiento de minusvalía en el IMSERSO u organismo competente de la Comunidad Autónoma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Cobra alguna otra pensión o subsidio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO indique clase y organismo		Clave prestación
Núm. afiliación S.S.	Fecha de la solicitud		¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Contributiva
Núm. identificación autónomos	DATOS DEL PADRE				No contributiva
Lugar y fecha de nacimiento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
Nacionalidad	DATOS DE LA MADRE				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	
	DATOS DEL TUTOR				
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - Pasaporte	

(*) A partir de los 16 años, el Documento Nacional de Identidad, es dato necesario.

(**) En el supuesto de tener reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 75% o necesite ayuda de otra persona deberá presentar certificación acreditativa.

Primer apellido	¿Se encuentra a cargo de la Institución? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es pensionista de jubilación o invalidez no contributiva? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Grado de minusvalía	
Segundo apellido	¿Reside en España? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Nombre	¿Tiene título de minusvalía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Grado reconocido(**)	¿Tiene solicitada pensión de jubilación o invalidez no contributiva? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de la solicitud	Régimen	
DNI - NIE - Pasaporte	¿Tiene solicitado reconocimiento de minusvalía en el IMSERSO u organismo competente de la Comunidad Autónoma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Cobra alguna otra pensión o subsidio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO indique clase y organismo	Mutualidad	
Núm. afiliación S.S.	Fecha de la solicitud	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Clave prestación	
Núm. identificación autónomos	DATOS DEL PADRE		Contributiva	
Lugar y fecha de nacimiento	Primer apellido	Segundo apellido		Nombre
			DNI - NIE - Pasaporte	No contributiva
	DATOS DE LA MADRE			
Nacionalidad	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
			DNI - NIE - Pasaporte	

4. ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO

POR BANCO O CAJA DE AHORROS	ENTIDAD FINANCIERA		Núm. AGENCIA o SUCURSAL	DOMICILIO				Núm.	
	CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD							
	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD		PROVINCIA		PAÍS			
	PAGO EN ESPAÑA		Número Código Cuenta Cliente (CCC)						
<input type="checkbox"/> EN VENTANILLA <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA		<input type="checkbox"/> Restringida <input type="checkbox"/> Ordinaria	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA			
PAGO EN EL EXTRANJERO			<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA ⁽¹⁾	(1) Imprescindible aportar certificación bancaria con todos los códigos de cuenta vigentes en ese país.				
POR GRADUADO SOCIAL	Apellidos y nombre del Graduado Social			ENTIDAD FINANCIERA					
				CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD				
	Domicilio (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad		Provincia					
POR GIRO POSTAL	<input type="checkbox"/> (Sólo si en su localidad de residencia NO puede disponer de otra modalidad de cobro)								

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que constan en la presente solicitud, y manifiesto igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de estos datos que pudiera producirse en lo sucesivo, y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi solicitud de Prestación Familiar.

....., a de de 200

Firma del solicitante,

**INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO A CARGO
(para Centros o Instituciones que tienen acogidos menores y/o minusválidos)**

En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público.

1. DATOS DEL CENTRO O INSTITUCIÓN QUE ACOGE A LOS BENEFICIARIOS.- Consigne los datos de identificación del Centro o Institución que tenga acogido a los beneficiarios, así como los datos personales del representante legal.

2/3. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS A CARGO DEL CENTRO O INSTITUCIÓN.- Los datos relativos a los padres se consignarán en caso de ser conocidos así como los del tutor si lo hubiere.

La declaración de los ingresos brutos deberá efectuarse por cada beneficiario, incluyéndose en su caso la pensión de Orfandad de la Seguridad Social.

Se considerarán huérfanos de padre y madre a los abandonados, se encuentren o no en régimen de acogimiento

**DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD
NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA**

ENTODOS LOS CASOS:

1. Documento Nacional de Identidad, del representante legal de la Institución o Centro que acoge a los beneficiarios.
2. Tarjeta de Identificación Fiscal (NIF) del representante legal.
3. Poder Notarial, o nombramiento por el que se otorga la representación legal.
4. Documento acreditativo de la Entidad Pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de menores, por ministerio de la Ley o autorización mediante auto judicial por el que se encomienda su guarda.
En el supuesto de que en dicho documento no figure la fecha de nacimiento del beneficiario, deberá presentar partida de nacimiento o certificado análogo del Registro Civil que acredite dicha fecha.
5. En caso de minusvalía, deberá presentar copia del título de minusvalía, expedido por el IMSERSO u Organismo competente de la Comunidad Autónoma, en el que conste el grado de la misma, o justificante de haberlo solicitado. En el supuesto de tener reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 75% y necesite ayuda de otra persona deberá presentar certificación acreditativa.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

- ✓ Esta Solicitud va a ser tratada con medios informáticos.
- ✓ Los datos personales aportados por usted serán custodiados por la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- ✓ La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser constitutivas de delito.

Si va a enviar por correo esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello (notario, secretario de ayuntamiento, secretario judicial, etc.)

NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD