

Solicitud de abono anticipado

TIPO DE DEDUCCIÓN

- Deducción por descendientes con discapacidad a cargo
- Deducción por ascendientes con discapacidad a cargo
- Deducción por familia numerosa
- Deducción por ascendiente con dos hijos

Marque con una X sólo la casilla que corresponda a la deducción cuyo abono anticipado solicita.

Cada deducción se debe solicitar en un ejemplar distinto de este modelo.

Se debe presentar una solicitud de abono anticipado por cada ascendiente o descendiente con discapacidad a cargo que dé derecho a la deducción.

MODALIDAD

Indique la opción elegida

Individual

Colectiva

Primer solicitante (beneficiario del abono anticipado)

N.º de identificación fiscal (NIF) Primer apellido, segundo apellido y nombre (por este orden)

Régimen de la Seguridad Social o Régimen especial de funcionarios públicos o Mutualidad alternativa a la Seguridad Social

Denominación del Régimen o mutualidad

No cotiza actualmente por percibir prestaciones o subsidios por desempleo, pensiones del régimen de Seguridad Social o Clases Pasivas o prestaciones análogas de mutualidades de previsión social alternativas al régimen especial de la Seguridad Social (Art. 81 bis.1 Ley IRPF)

Cuenta bancaria para el abono

Consigne los datos completos de la cuenta bancaria de la que sea titular el beneficiario del abono anticipado de la deducción

Código IBAN

ES

Otro/s solicitante/s (en el caso de solicitud colectiva)

N.º de identificación fiscal (NIF) Primer apellido, segundo apellido y nombre (por este orden)

Régimen de la Seguridad Social o Régimen especial de funcionarios públicos o Mutualidad alternativa a la Seguridad Social

Denominación del Régimen o mutualidad

No cotiza actualmente por percibir prestaciones o subsidios por desempleo, pensiones del régimen de Seguridad Social o Clases Pasivas o prestaciones análogas de mutualidades de previsión social alternativas al régimen especial de la Seguridad Social (Art. 81 bis.1 Ley IRPF)

No cotiza actualmente por otros motivos

Se cumplimentará tantas veces este apartado como solicitantes haya.

Deducción por descendientes con discapacidad a cargo

NIF Primer apellido, segundo apellido y nombre (por este orden) Fecha de nacimiento Fecha de adopción o de acogimiento permanente o preadoptivo Grado de discapacidad

Fecha de efectos del reconocimiento del grado de discapacidad: Organismo, Comunidad Autónoma o Ciudad con Estatuto de Autonomía de reconocimiento:

En caso de solicitud individual indique el número de contribuyentes con derecho a la aplicación del mínimo por descendientes

N.º de identificación fiscal (NIF)

Apellidos y nombre

 Deducción por ascendientes con discapacidad a cargo

NIF	Primer apellido, segundo apellido y nombre (por este orden)	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad	Fecha de efectos del reconocimiento del grado de discapacidad	Comunidad Autónoma de reconocimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En caso de solicitud individual indique el número de contribuyentes con derecho a la aplicación del mínimo por ascendientes

 Deducción por Familia Numerosa

Número de identificación del Título de Familia Numerosa

Comunidad Autónoma de reconocimiento

Fecha de efectos del reconocimiento

Categoría en que está clasificada la familia numerosa

En caso de solicitud individual indique el número de ascendientes que forman parte de la misma familia numerosa
(en caso de hermanos huérfanos de padre y madre se indicará el número de hermanos)

 Deducción por ascendiente con dos hijos

NIF	Primer apellido, segundo apellido y nombre (por este orden)	Fecha de nacimiento	Fecha de adopción o de acogimiento permanente o preadoptivo
1º <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Esta deducción es incompatible con la deducción por familia numerosa

 Fecha y firma

DECLARO que son ciertos los datos consignados en el presente documento y me comprometo a comunicar cualquier variación en los mismos que pueda afectar al abono anticipado de la deducción

Fecha

Firma del primer solicitante (beneficiario del abono anticipado)

Sólo cumplimentar en caso de solicitud colectiva

N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del segundo solicitante
1.º <input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del tercer solicitante
2.º <input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del cuarto solicitante
3.º <input type="text"/>	<input type="text"/>
N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del quinto solicitante
4.º <input type="text"/>	<input type="text"/>

 Representante

N.º de identificación fiscal (NIF)

Apellidos y nombre o razón social

Firma del representante