AL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)

Don/doña …… con DNI …….

Domicilio a efecto de notificaciones: …….

Teléfono de contacto: ……Correo electrónico……

Periodo en situación de IT: ……

EXPONGO:

Que durante el periodo referenciado anteriormente me he encontrado en situación de baja por IT, baja por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia y que dicha situación se encuadra en el siguiente caso (indíquese lo que corresponda):

☐ Personal que durante el período comprendido entre el 1 de febrero de 2022 y el último día del mes anterior al pago de los atrasos (octubre) se ha encontrado de **baja por IT**.

☐ Personal que durante el período comprendido entre el 1 de febrero de 2022 y el último día del mes anterior al pago de los atrasos (octubre) ha percibido cuantía del INSS mediante pago directo por encontrarse en situación baja por **maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia.**

Por todo lo anterior **SOLICITO**:

El abono de los atrasos correspondientes al incremento del 1,5 por ciento relativos al periodo de IT en cuestión.
Que dicho abono se realice en la siguiente cuenta bancaria:

| E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En ……, a …… de …… de 2022

Eliminar de la reclamación (*Formulario de solicitud de abono de los atrasos correspondientes al incremento del 1,5 por ciento de las retribuciones del personal al servicio del sector público estatal previsto en el Real Decreto-ley 18/2022 en situación de Incapacidad temporal****)***