

**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 .....					<input type="text"/>

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>
<b>Esta deducción es incompatible con la deducción por familia numerosa</b>			

**Fecha y firma**

<p><b>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</b></p> <p>Fecha <input style="width: 150px;" type="text"/></p>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; margin: 0 auto; height: 50px;"> <p style="text-align: center; margin: 5px 0;">Firma del primer solicitante (beneficiario del abono anticipado)</p> </div>
--	--

**Sólo cumplimentar en caso de solicitud colectiva**

N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del segundo solicitante
1.º <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del tercer solicitante
2.º <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del cuarto solicitante
3.º <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
N.º de identificación fiscal (NIF)	Firma del quinto solicitante
4.º <input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>

**Representante**

N.º de identificación fiscal (NIF)	Apellidos y nombre o razón social	Firma del representante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 90%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>