



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN, ACTUALIZACIÓN O REPOSICIÓN DE CARNÉ DEL
PROGRAMA ESPECIAL DE PROTECCIÓN PARA TRABAJADORAS DE CASA PARTICULAR
-PRECAPI-**

DRPT-63

1] TIPO DE SOLICITUD INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> REPOSICIÓN CARNÉ <input type="checkbox"/>		2] CAUSA DE REPOSICIÓN PÉRDIDA <input type="checkbox"/> DETERIORO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DATOS <input type="checkbox"/>									
3] PRIMER APELLIDO		4] SEGUNDO APELLIDO		5] APELLIDO DE CASADA		6] PRIMER NOMBRE		7] SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES			
8] NÚMERO AFILIACIÓN (Cuando aplique)		9] FECHA DE NACIMIENTO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		10] ESTADO CIVIL SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/>		11] PAÍS NACIMIENTO		12] NACIONALIDAD			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN											
CÉDULA DE VECINDAD (Guatemalteco mayor de edad)				CERTIFICADO DE NACIMIENTO (Menor de edad)				DOCUMENTO PERSONAL DE IDENTIFICACIÓN (Si posee)		PASAPORTE (Extranjero)	
13] ORDEN		14] REGISTRO		17] PARTIDA		18] FOLIO		22] CUI		23] NÚMERO	
15] DEPARTAMENTO		16] MUNICIPIO		19] LIBRO		20] DEPARTAMENTO		21] MUNICIPIO		24] PAÍS DE PASAPORTE	
DOMICILIO											
25] DIRECCIÓN				26] ZONA				29] TELÉFONOS			
27] DEPARTAMENTO				28] MUNICIPIO				30] CORREO ELECTRÓNICO			
DATOS DE PADRE											
31] PRIMER APELLIDO				32] SEGUNDO APELLIDO				33] NOMBRES			
DATOS DE MADRE											
34] PRIMER APELLIDO				35] SEGUNDO APELLIDO				36] NOMBRES			
EMPLEADOR											
37] PRIMER APELLIDO				38] SEGUNDO APELLIDO				39] APELLIDO DE CASADA			
40] PRIMER NOMBRE				41] SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES				42] FECHA DE NACIMIENTO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CÉDULA DE VECINDAD (Guatemalteco mayor de edad)				DOCUMENTO PERSONAL DE IDENTIFICACIÓN (Si posee)				PASAPORTE (Extranjero)			
43] ORDEN		44] REGISTRO		47] CUI		48] NÚMERO					
45] DEPARTAMENTO		46] MUNICIPIO		49] PAÍS DE PASAPORTE							
LUGAR DE TRABAJO											
50] DIRECCIÓN				51] ZONA				54] TELÉFONOS			
52] DEPARTAMENTO				53] MUNICIPIO				55] CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR			
56] FECHA INICIA RELACIÓN LABORAL DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				57] FECHA FINALIZA RELACIÓN LABORAL (Llenar únicamente para trámite de baja) DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
(Sólo llenar los datos de esta sección, para la COBERTURA DEL CONTROL DE NIÑO SANO)											
CAUSANTE											
58] NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IGSS DE TRABAJADORA				59] PRIMER APELLIDO				60] SEGUNDO APELLIDO			
61] APELLIDO DE CASADA		62] PRIMER NOMBRE		63] SEGUNDO Y DEMÁS NOMBRES				64] FECHA DE FALLECIMIENTO (Cuando aplique) DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
65] LUGAR				66] FECHA DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
67] PARA LOS USOS PERTINENTES DEL IGSS, INFORMO QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE FORMULARIO, ES A LA FECHA, EMPLEADA DE CASA PARTICULAR A MI SERVICIO.				68] BAJO MI EXCLUSIVA Y ABSOLUTA RESPONSABILIDAD, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE AQUÍ CONSIGNO ES FIEL Y EXACTA.							
FIRMA DE EMPLEADOR				FIRMA DE SOLICITANTE							

DATOS PERSONALES DE TRABAJADORA O BENEFICIARIO/A

DATOS LABORALES DE TRABAJADORA

CONSULTAS EN EL LLENADO DEL FORMULARIO AL NÚMERO TELEFÓNICO 2412 1224

INSTRUCCIONES Y REQUISITOS

Presentar este formulario debidamente lleno, sin enmiendas, borrones, tachones o manchones, en la forma que se indica a continuación, para solicitar:

INSCRIPCIÓN de TRABAJADORA DE CASA PARTICULAR. Llenar los datos de las secciones DATOS PERSONALES DE TRABAJADORA O BENEFICIARIO/A con la información de la trabajadora y DATOS LABORALES DE TRABAJADORA con la información del empleador, lugar de trabajo y fecha de inicio de labores.

Acompañar los siguientes documentos: 1) Fotocopia de documento de identificación de trabajadora a registrar y del empleador (Cédula de vecindad para mayores de edad, Certificado de nacimiento para menores de edad, Pasaporte para extranjeros o Documento personal de identificación para quienes lo posean). 2) Fotocopia de recibo de agua, luz o teléfono donde conste dirección de lugar de trabajo. 3) Si es menor de edad, carta de autorización de sus padres o del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

INSCRIPCIÓN de BENEFICIARIO/A DE TRABAJADORA DE CASA PARTICULAR (HIJOS MENORES A 5 AÑOS). Llenar los datos de las secciones DATOS PERSONALES DE TRABAJADORA O BENEFICIARIO/A del beneficiario a registrar y CAUSANTE con los datos que se requieren de la trabajadora de casa particular (CAUSANTE) inscrita y vigente en el Programa. Acompañar los siguientes documentos: 1) Fotocopia de documento de identificación de persona a registrar (BENEFICIARIO/A) y de su causante (TRABAJADORA) – Cédula de vecindad para mayores de edad, Certificado de nacimiento para menores de edad, Pasaporte para extranjeros o Documento personal de identificación para quienes lo posean. 2) Si causante ha fallecido, incluir su Certificado de Defunción.

ACTUALIZACIÓN de datos personales o laborales de TRABAJADORA DE CASA PARTICULAR o de BENEFICIARIO/A DE TRABAJADORA DE CASA PARTICULAR. Llenar las casillas 1, 3 a 8 y la o las casillas con la información a actualizar. Acompañar documento que respalde cambio de datos personales o laborales.

REPOSICIÓN DE CARNÉ (DOCUMENTO DE AFILIACIÓN) de TRABAJADORA DE CASA PARTICULAR o de BENEFICIARIO/A DE TRABAJADORA DE CASA PARTICULAR. Llenar las casillas 1 a 8 y presentar recibo de pago efectuado.

CLÁUSULAS DE COBERTURA

(Resumen de Acuerdo 1235 de Junta Directiva, "REGLAMENTO DEL PROGRAMA ESPECIAL DE PROTECCIÓN PARA TRABAJADORAS DE CASA PARTICULAR -PRECAPI-")

PRESTACIONES RELATIVAS AL RIESGO DE MATERNIDAD.

EN SERVICIO: La trabajadora doméstica afiliada, tiene derecho a las prestaciones en servicio señaladas en el Reglamento del PRECAPI, siempre que cumpla con lo siguiente: a) Haber contribuido al PRECAPI, por lo menos seis meses inmediatamente anteriores a la fecha en que requiera el servicio; b) Requerir las prestaciones dentro de los primeros tres meses de gestación; y, c) Encontrarse al día en los pagos.

La asistencia postnatal se presta a la madre y al niño recién nacido por un tiempo máximo de cincuenta y cuatro días calendario, salvo complicaciones secundarias al embarazo o al parto, pudiendo ampliarse hasta por treinta y seis días calendario adicionales.

EN DINERO:

Subsidio por maternidad: Se otorga a la trabajadora doméstica afiliada, durante el período que abarca la incapacidad temporal para el trabajo, producida por maternidad. Para efectos del cálculo del subsidio se tendrá como base el salario mínimo diario fijado para la actividad no agrícola. La trabajadora doméstica afiliada, tendrá derecho al subsidio, cuando cumpla con lo siguiente: a) Haber contribuido al PRECAPI por lo menos seis meses inmediatamente anteriores al requerimiento del servicio; b) Requeriera las prestaciones dentro de los primeros tres meses de la gestación; y, c) Que se encuentre al día en los pagos. Para efectos del otorgamiento del subsidio con posterioridad a la calificación de derechos, el Instituto verificará en sus registros que la afiliada acredita la vigencia de los mismos.

Cuota mortuoria: Se otorga en caso de muerte de la trabajadora doméstica afiliada, siempre que el fallecimiento haya derivado de la maternidad.

PROTECCIÓN RELATIVA A LA COBERTURA DEL CONTROL DE NIÑO SANO.

Se otorgará a los hijos de las trabajadoras domésticas afiliadas, siempre que sean menores de cinco años y hayan sido inscritos en el registro del Instituto. La asistencia pediátrica la prestará el Instituto exclusivamente en los lugares establecidos en el Reglamento del PRECAPI. Cuando el niño cumpla cinco años de edad, terminará su derecho a las prestaciones.

Las prestaciones que se otorgarán son las siguientes: a) Exámenes médicos de crecimiento y desarrollo; b) Vacunación contra enfermedades transmisibles; según el esquema institucional vigente, y, c) Ayuda nutricional, en caso de ser necesaria, según el Acuerdo que regula la complementación Nutricional que se da a los niños hasta los cinco años de edad.

PRESTACIONES RELATIVAS AL RIESGO DE ACCIDENTES.

El Instituto otorgará protección a las trabajadoras domésticas afiliadas en caso de accidente, entendiendo como tal a toda lesión orgánica o trastorno funcional que sufra una persona, producida por la acción repentina y violenta de una causa externa.

ASISTENCIA MÉDICA: Se concederá siempre que la trabajadora doméstica afiliada a la fecha del accidente haya realizado el pago de los tres meses durante los cuales ocurrió el riesgo y hasta por un máximo de seis meses contados a partir de la fecha en que ocurrió el accidente.

EN DINERO: a) Subsidio por Incapacidad Temporal: Se concede a la trabajadora doméstica afiliada, siempre que a la fecha del accidente se encuentre inscrita en el PRECAPI y haya realizado el pago de los tres meses durante los cuales ocurra el riesgo y se encuentre al día en sus pagos. Dicho subsidio es igual a dos tercios del salario mínimo diario fijado para la actividad no agrícola. Se reconoce a partir del segundo día de ocurrido el accidente y hasta por dos trimestres contados a partir de la fecha del accidente. b) Prestación Ulterior: Se concederá siempre que la trabajadora doméstica afiliada a la fecha del accidente haya realizado el pago de los tres meses durante los cuales ocurrió el riesgo y se otorga en caso de mutilación, daño físico irreparable o trastorno funcional debido a accidente, que será pagada de una sola vez. c) Cuota Mortuoria: Se otorga en caso de muerte por accidente de una trabajadora doméstica afiliada que tenga derecho a prestaciones de conformidad con el Reglamento del PRECAPI.

CONDICIONES GENERALES PARA EL DERECHO A LAS PRESTACIONES.

ACREDITACIÓN DE DERECHOS

Presentar la documentación siguiente: a) Documento Personal de Identificación o la cédula de vecindad, según corresponda, o certificación de la partida de nacimiento de la trabajadora doméstica afiliada, si fuera menor de edad y para la cobertura del control de niño sano, certificación de la partida de nacimiento del mismo; b) Carné de afiliación al programa especial; y, c) Constancia de pago extendida por el Instituto o recibo de pago, según la atención requerida, de la manera siguiente: 1. En el caso de maternidad, constancia de pago o los recibos correspondientes al pago de los últimos seis meses, inmediatamente anteriores al requerimiento del servicio; 2. Para la atención y control del desarrollo del niño sano, se requerirá por una sola vez la constancia de pago o el recibo del pago correspondiente. 3. En el caso de accidente de la empleada doméstica, la constancia de pago o el recibo correspondiente al pago de los últimos tres meses durante los cuales ocurrió el mismo.

OTRAS DISPOSICIONES SOBRE PRESTACIONES EN DINERO.

- Para los casos en los que la trabajadora doméstica afiliada labore para más de un empleador obligado a inscribirse, únicamente se reconocerá el subsidio por uno de ellos.
- La percepción de los subsidios de maternidad y accidente, es incompatible, pero en todo caso, la trabajadora doméstica afiliada tendrá derecho al subsidio que más le favorezca.
- Si por inexactitud en los datos suministrados o por circunstancias de otra naturaleza, se han otorgado prestaciones en dinero de más o se paguen indebidamente, la persona que recibió las prestaciones deberá devolver las mismas.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS.

El empleador o la trabajadora doméstica afiliada, deberán informar al Instituto sobre la terminación de la relación laboral, dentro del plazo de quince días de ocurrida la misma a efecto que se tenga por extinguida la obligación de pago con el empleador que se trate. En este caso el derecho de la afiliada se extinguirá concluido el trimestre durante el cual ocurrió la finalización de la relación laboral. Asimismo, la trabajadora deberá informar de cualquier cambio que ocurra en la información personal o del patrono registrada en el Instituto.

ACEPTACIÓN. El empleador y la trabajadora doméstica al firmar el anverso del presente formulario aceptan las condiciones establecidas en el Reglamento del Programa Especial de Protección para Trabajadoras de Casa Particular -PRECAPI-.