FORMULARIO DE AVISO PARA TRASPASO DEL PERMISO SANNA ENTRE PADRES

Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas (SANNA), Ley N° 21.063.

Traspaso de permiso SANNA

N° ____ - ____

Uso exclusivo Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)

SECCIÓN A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PADRE O MADRE QUE TRASPASA EL BENEFICIO

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

A.2 IDENTIFICACIÓN DEL O LOS EMPLEADOR(ES) DEL PADRE O MADRE QUE TRASPASA EL BENEFICIO

1 RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A) | RUN | MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

2 RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A) | RUN | NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

3 RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A) | RUN | NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

A.3 CANTIDAD DE DÍAS QUE TRASPASA

N° DE DÍAS* | N° DE DÍAS EN PALABRAS

EXISTENCIA DE CUIDADO PERSONAL DEL MENOR POR RESOLUCIÓN JUDICIAL	
☐ **1** = SI **2** = NO	*Si el padre o madre hubiere obtenido el cuidado personal del hijo o hija, y este aún no constare en el respectivo Certificado de Nacimiento, deberá acompañar copia autorizada de la resolución judicial.*

FIRMA DEL PADRE O MADRE QUE TRASPASA DÍAS DEL SANNA

SECCIÓN B: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PADRE O MADRE A QUIEN SE TRASPASA

Deben presentarse igual número de formularios para el traspaso del permiso SANNA, como empleadores disponga el trabajador(a), completando por cada uno la siguiente información:

B.1 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR(A)

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | RUN

B.2 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A)

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A) | RUN | MUTUALIDAD, ISL ó ADM. DELEGADA NOMBRE ENTIDAD PAGADORA DEL SUBSIDIO

B.3 IDENTIFICACIÓN DEL HIJO(A)

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE

RUN DEL HIJO(A)

FIRMA TRABAJADOR(A) QUE RECIBE DÍAS DEL SANNA

Recorte aquí al momento de la recepción por parte del empleador(a) y entregue al trabajador(a)

SECCIÓN C: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL EMPLADOR(A)

COMPROBANTE DE TRAMITACIÓN FORMULARIO DE AVISO PARA TRASPASO DEL PERMISO SANNA ENTRE PADRES

C.1 IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(A) DEL PADRE O MADRE QUE HACE USO DE LOS DÍAS DE PERMISO SANNA TRASPASADOS

Sr(a) Trabajador(a) exija la entrega de este comprobante debidamente completo

RAZÓN SOCIAL EMPLEADOR(A)

RUN EMPLEADOR

FECHA DE RECEPCIÓN POR EL EMPLEADOR (DÍA | MES | AÑO)

FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR(A)

NOTAS

Para que proceda el traspaso ambos padres deben ser trabajadores con derecho al SANNA.

Puede traspasarse la totalidad del permiso, por períodos de hasta 15 o 30 días, según sea en jornada completa o parcial, una vez agotados los días que le corresponden al padre o madre que hará uso de los días traspasados. De esta forma, en caso de cáncer, pueden traspasarse un total de hasta 90 días, en caso de trasplante, hasta 90 días y en caso de accidente grave con riego de muerte o de secuela funcional grave y permanente, hasta 30 días de permiso.

En caso de fase o estado terminal de la vida no opera el traspaso del beneficio.

Hasta el 31 de diciembre de 2019, en caso de tratamiento destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, cuando ambos padres sean trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro, cualquiera de ellos podrá traspasar al otro, hasta el total del período máximo de permiso que le corresponda, esto es, hasta 60 días (por período de hasta 15 días).

En caso que el trabajador(a) que hará uso del permiso tenga más de un empleador, debá remitir los avisos respectivos a cada uno de ellos.