

# Modelo de Solicitud de Complemento por Maternidad

[Nombre de la Institución o Empresa]

[Dirección de la Institución o Empresa]

[Ciudad, Estado, Código Postal]

[Fecha]

## Asunto: Solicitud de Complemento por Maternidad

Yo, [Nombre Completo], con DNI/NIE/Pasaporte número [Número de Documento], con domicilio en [Dirección Completa], y número de la seguridad social [Número de la Seguridad Social], por la presente solicito el complemento por maternidad, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

### Datos Personales:

- Nombre Completo: [Nombre Completo]
- Dirección: [Dirección Completa]
- Teléfono: [Número de Teléfono]
- Correo Electrónico: [Correo Electrónico]

### Datos del Empleador:

- Nombre de la Empresa: [Nombre de la Empresa]
- Dirección de la Empresa: [Dirección de la Empresa]
- CIF de la Empresa: [CIF de la Empresa]
- Teléfono de Contacto: [Teléfono de la Empresa]

### Información sobre la Maternidad:

- Fecha de Inicio de la Baja por Maternidad: [Fecha de Inicio]
- Fecha Prevista de Reincorporación: [Fecha de Reincorporación]
- Número de Hijos Nacidos o Adoptados: [Número de Hijos]

### Documentación Adjunta:

- Documento de identidad (DNI/NIE/Pasaporte)
- Informe de Maternidad emitido por el médico
- Libro de Familia o certificación de la inscripción del hijo en el Registro Civil
- Última nómina o recibo de autónomos

Solicito que se proceda a la tramitación de esta solicitud y se me conceda el complemento por maternidad correspondiente.

Agradezco de antemano su atención y quedo a su disposición para cualquier aclaración adicional que pudieran necesitar.

Atentamente,

[Firma]

[Nombre Completo]