SOLICITUD PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD Y PRÓRROGA DE PRESTACIONES YA CAUSADAS (DISPOSICIÓN ADICIONAL 4rta RDL-30/2020)

MUTUA INTERCOMARCAL
Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 39

1. Datos personales del/la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

Núm. de la Seguridad Social	DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Correo electrónico

Domicilio personal	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Localidad	Provincia	Código Postal

2. Datos de los hijos que conviven o están a cargo del solicitante

Incluir únicamente los hijos que, conviviendo o no, dependan económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas dos pagas extraordinarias.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%):
		☐ SÍ ☐ NO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO)
		☐ SÍ ☐ NO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO)
		☐ SÍ ☐ NO

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO)
		☐ SÍ ☐ NO

3. Datos profesionales del solicitante

Régimen Seguridad Social

- ☐ Autónomo/a (RETA)
- ☐ R. especial del mar
- ☐ Agrario Cuenta Propia (SETA)

Fecha de inicio de actividad

Fecha de último alta en el régimen especial

Fecha de baja en el régimen Especial

Fecha de cese en la actividad

Tipo de trabajador/a autónomo/a

- ☐ Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil
- ☐ Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil
- ☐ Comunero o socio de otras Sociedades No Mercantiles
- ☐ Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado
- ☐ Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros
- ☐ Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE)
- ☐ Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

Información adicional

Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social: (marcar cual) ☐ SÍ ☐ NO

- ☐ Incapacidad temporal
- ☐ Prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia
- ☐ Maternidad/paternidad
- ☐ Prestación por cuidado de menores con cáncer o enfermedad grave
- ☐ Jubilación activa

Es perceptor de otras prestaciones diferentes: ☐ SÍ ☐ NO

Percibe ayudas por paralización de flota, o similar: ☐ SÍ ☐ NO

Es Profesional Colegiado: ☐ SÍ ☐ NO

Datos de la empresa o actividad		
Actividad Económica		Código CNAE:
Nombre del establecimiento o Denominación Comercial:		
¿Existía establecimiento abierto al público?	Localidad:	Domicilio de la actividad:
☐ SÍ ☐ NO		

Datos de la asesoría		
Nombre de la asesoría	Teléfono	E-mail

4. Otros datos

¿Tiene aplazadas cuotas por la TGSS?	En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento
☐ SÍ ☐ NO	
¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo?	Banco
☐ SÍ ☐ NO	
Dirección de la Sucursal	

Código IBAN

CODIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA / SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA

5. Consentimiento general

D./Dª _____ con NIF _____ otorgo el consentimiento expreso a Mutua Intercomarcal, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social núm. 39, para recabar de cualquier Administración los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada en Disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo.

6. Consentimiento expreso

¿Presta su consentimiento para recabar del Ministerio de Hacienda, los datos tributarios de los ejercicios 2019 y 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas?

☐ SÍ ☐ NO

Ante respuesta negativa, le recordamos la obligación de facilitar a esta entidad la documentación que a continuación se indica, o modelos equivalentes de carácter territorial, en el plazo de 10 días a partir del momento que le sea requerida. En caso contrario se procederá a denegar la prestación:

- Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre de los años 2019 y 2020.
- Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del segundo y tercer trimestres de los años 2019 y 2020 a los efectos de poder determinar lo que corresponde al cuarto trimestre de esos años.
- Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que cumplo los requisitos para el acceso a la prórroga del derecho a la Prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia regulada en la Disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo; que cuento con la documentación que en la misma se requiere y que pondré a disposición del órgano gestor de la Prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia, cualquier otra documentación que se me requiera; y que me comprometo a comunicarle cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir dichos requisitos, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplimiento de cualquiera de dichos compromisos.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados en la presente declaración son veraces, y declaro cumplir los requisitos de acceso a la prórroga de la prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia, que a continuación se relacionan:

- He venido percibiendo la prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia a fecha de 30 de septiembre de 2020. ☐ SÍ ☐ NO
- Que me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial el 1 julio.
- Que cuento con la cobertura del Cese de Actividad y tengo cubierto un periodo mínimo de cotización por cese de actividad desde el 1 de julio de 2019 hasta el 30 de junio de 2020 de forma prolongada e ininterrumpida.
- Que tengo cubierto un periodo mínimo de cotización por cese de actividad desde el 1 de julio de 2019 hasta el 30 de junio de 2020 de forma prolongada e ininterrumpida.
- Que no he cumplido la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o en su caso no tengo acreditado, el periodo de cotización requerido para ello.
- Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial el 1 de octubre de 2020, no habiéndome tampoco encontrado, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas.
- Que, únicamente para el caso de que sea un trabajador autónomo con uno o más trabajadores a mi cargo, estoy al corriente del cumplimiento de todas mis obligaciones laborales y de Seguridad Social.
- Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad.

ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro de la prestación indebidamente percibida:

- A permanecer afiliado y de alta en el Régimen Especial, ya que la baja significaría la extinción de la prestación a dicha fecha.
- A comunicar al órgano gestor cualquier incumplimiento de los requisitos legalmente establecidos durante la percepción de la prestación.
- A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social, que sea incompatible con el desempeño de mi actividad, durante la percepción de la prestación ahora solicitada.
- A reintegrar las cantidades indebidamente percibidas para el caso de que no acredite una reducción en la facturación de, al menos un 75%, durante el cuarto trimestre del 2020, en comparación con el mismo periodo en 2019, y para el caso de que no hubiera obtenido durante el tercer trimestre indicado de 2020 unos rendimientos netos superiores a 5.818,75€, ni superiores a 1.939,58€, para el caso de que se deban de prorratear los rendimientos netos del trimestre para determinar la prestación mensual.
- A comunicar al órgano gestor cualquier incumplimiento de los requisitos legalmente establecidos durante la percepción de la prestación.
- A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social, que sea incompatible con el desempeño de mi actividad, durante la percepción de la prestación ahora solicitada.
- A reintegrar las cantidades indebidamente percibidas para el caso de que no acredite una reducción en la facturación de, al menos un 75%, durante el tercer trimestre del 2020, en comparación con el mismo periodo en 2019, y para el caso de que no hubiera obtenido durante el tercer trimestre de 2020 unos rendimientos netos superiores a 5.818,75€, ni superiores a 1.939,58€, para el caso de que se deban de prorratear los rendimientos netos del trimestre para determinar la prestación mensual.
- A poner a disposición de la Mutua, en el caso de que no pudiera tener acceso a los datos obrantes en las administraciones tributarias, en el plazo de diez días desde el requerimiento, a la siguiente documentación, o modelos equivalentes de carácter territorial:

    - Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre de los años 2019 y 2020.
    - Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del cuarto trimestre de los años 2019 y 2020 a los efectos de poder determinar lo que corresponde al tercer y cuarto trimestre de esos años.
    - Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.A facilitar los documentos que acrediten estar al corriente de todas las obligaciones laborales y de seguridad social que tengo asumidas en el caso de que tenga uno o mas trabajadores a mi cargo.

- A facilitar los documentos que acrediten estar al corriente de todas las obligaciones laborales y de seguridad social que tengo asumidas en el caso de que tenga uno o más trabajadores a mi cargo.
- A conservar y custodiar la documentación acreditativa y ponerla a disposición de la Mutua para todas las actuaciones de comprobación que correspondan.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos profesionales de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos, así como la verificación y cotejo de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de la prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia, a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prórroga de la Prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia, y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el presente escrito, y suscribo para ello la DECLARACIÓN RESPONSABLE incluida en este formulario.

En _____ a _____ de _____ de 20___

Firma del/la solicitante

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas.

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

Esta solicitud será remitida telemáticamente del solicitante o de su representante legal. El órgano gestor podrá comprobar la identidad del remitente de la solicitud y, en su caso, la facultad de representación del comunicante.

En el supuesto de que la solicitud, venga acompañada de documentación complementaria, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente.

1. Solicitud de la prestación
2. Fotocopia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras).
   1.1. Modelo 145 de comunicación de datos al pagador (I.R.P.F.), (excepto País Vasco y Navarra).

https://www.agenciatributaria.es/static_files/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Modelos_y_formularios/Declaraciones/Modelos_100_al_199/145/mod145_es_es.pdf

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

1. Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
2. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago
3. Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social, del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.
4. Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
5. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
6. Documentación específica, o modelos equivalentes de carácter territorial a poner a disposición del órgano gestor, en los 10 días siguientes a su requerimiento:
   - Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre de los años 2019 y 2020.
   - Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del cuarto trimestre de los años 2019 y 2020 a los efectos de poder determinar lo que corresponde al tercer y cuarto trimestre de esos años.
   - Copia del modelo 131 correspondiente a la autoliquidación del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), o en su caso, la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba admitido en derecho que sirva para acreditar los ingresos facturados (Únicamente para aquellos trabajadores autónomos que facturen por el método de estimación objetiva).
   - Cualquier otro documento fiscal/contable que sea requerido por la Mutua y sea preceptivo para la verificación de los requisitos.
   - Documentación que acredite estar al corriente de todas las obligaciones laborales y de seguridad social que tenga asumidas en el caso de que tenga uno o más trabajadores a su cargo, cuando sea requerido por la Mutua.

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INGRESOS PROCEDENTES DEL TRABAJO POR CUENTA AJENA
(rellenar sólo en caso de pluriactividad)

Don/Doña _____ con DNI _____
y número de afiliación a la Seguridad Social _____ , en virtud de la establecido en la Disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo, declaro bajo mi responsabilidad que los ingresos que percibo como consecuencia del trabajo por cuenta ajena, sumados a los ingresos netos procedentes del trabajo por cuenta propia no superan 2,2 veces el salario mínimo interprofesional, y que los ingresos procedentes del trabajo por cuenta ajena no superan 1,25 veces el importe del salario mínimo interprofesional.

Juro que los ingresos que percibo como consecuencia del trabajo por cuenta ajena ascienden a _____ euros mensuales.

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente declaración y que, al día de la fecha, los datos declarados siguen siendo vigentes, informándome por parte de la Mutua que, en caso de resultar inciertos, dicha Entidad se reserva el derecho de reclamación de la prestación a que hubiera dado lugar.

Y me comprometo a conservar y custodiar la documentación acreditativa de tal extremo (certificado de empresa y declaración de la renta) y ponerla a disposición de la Mutua para todas las actuaciones de comprobación que correspondan.

En _____ a _____ de _____ de 20___

Firma del/la solicitante