

1. Datos personales del/la solicitante

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Núm. de la Seguridad Social		DNI / NIF / Pasaporte / NIE		Fecha de nacimiento	
Domicilio personal		Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Localidad		Provincia		Código Postal	

3. Datos de la unidad familiar

Incluir únicamente los miembros que integran la unidad familiar o unidad análoga de convivencia que, conviviendo en el mismo domicilio, dependen económicamente de usted, que sean o puedan ser perceptores de la prestación o si se cuenta con algún otro tipo de ingreso.

¿Hay algún otro miembro que pueda percibir la prestación?		¿Tiene reconocida la condición de miembro de familia numerosa?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI / NIF / Pasaporte / NIE		Fecha de nacimiento		Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO)	
Grado de consaguinidad/afinidad		¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena			
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.2 del RDL 30/2020?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI / NIF / Pasaporte / NIE		Fecha de nacimiento		Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO)	
Grado de consaguinidad/afinidad		¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena			
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.1 del RDL 30/2020?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI / NIF / Pasaporte / NIE		Fecha de nacimiento		Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO)	
Grado de consaguinidad/afinidad		¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena			
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
				¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.1 del RDL 30/2020?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Grado de consaguinidad/afinidad	¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.1 del RDL 30/2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Grado de consaguinidad/afinidad	¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.1 del RDL 30/2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Grado de consaguinidad/afinidad	¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.1 del RDL 30/2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI / NIF / Pasaporte / NIE	Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): (Contestar SI o NO) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Grado de consaguinidad/afinidad	¿Cuenta con algún tipo de ingreso por cuenta propia o por cuenta ajena <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene derecho a esta prestación económica de cese de actividad extraordinaria del artículo 13.1 del RDL 30/2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

3. Datos profesionales del solicitante

Régimen Seguridad Social <input type="checkbox"/> Autónomo/a (RETA) <input type="checkbox"/> R. especial del mar <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Comunero o socio de otras Sociedades No Mercantiles <input type="checkbox"/> Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado <input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros <input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE) <input type="checkbox"/> Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos Información adicional Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social: (marcar cual) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Incapacidad temporal <input type="checkbox"/> Prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia <input type="checkbox"/> Maternidad/paternidad <input type="checkbox"/> Prestación por cuidado de menores con cáncer o enfermedad grave <input type="checkbox"/> Jubilación activa Es perceptor de otras prestaciones diferentes: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Percibe ayudas por paralización de flota, o similar: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Es Profesional Colegiado: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Percibe rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad se haya visto afectada por el cierre: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo?	Banco			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Dirección de la Sucursal				
Código IBAN				
CODIGO PAÍS	ENTIDAD	OFICINA / SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA

5. Consentimiento general

D./D^a _____ 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 el artículo 13.1 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 del ejercicio 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 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
- Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año 2020.
- Declaración de la renta de las personas físicas o certificado de empresas donde consten las retribuciones percibidas por cuenta ajena.
- 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 cumpla los requisitos para el acceso al derecho a la Prestación Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria regulada en el artículo 13.2 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 Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria, 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.

El motivo que justifica mi derecho a la prestación es: (selecciona la opción u opciones que considere)

- No tener derecho a la prestación de cese de actividad que se regula en la Disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre.
- No tener derecho a la prestación de cese de actividad que se regula en los artículos 327 y siguientes del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se regula el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.
- No tener ingresos procedentes de la actividad por cuenta propia en el último trimestre del ejercicio 2020 superiores al salario mínimo interprofesional.
- Sufrir, en el cuarto trimestre de 2020, una reducción en los ingresos de la actividad por cuenta propia de, al menos, el 50%, en relación a los ingresos habidos en el primer trimestre del 2020.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados en la presente declaración son veraces, y declaro cumplir los requisitos de acceso a la Prestación Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria, que a continuación se relacionan:

- Que me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial desde antes del 1 de abril.
- 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, 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 que:
 - No se está percibiendo la prestación de cese de actividad regulada en la disposición adicional cuarta del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre.
 - No se está percibiendo la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 327 y siguientes del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se regula el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.
 - Tengo unos ingresos procedentes de la actividad por cuenta propia, en el último trimestre del ejercicio 2020 superiores al salario mínimo interprofesional.
 - Sufrir, en el cuarto trimestre del 2020, una reducción en los ingresos de la actividad por cuenta propia de, al menos, el 50%, en relación a los ingresos habidos en el primer trimestre del 2020.
- A comunicar al gestor el derecho al acceso a esta prestación regulada en el artículo 13.1 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre por parte de dos o más miembros, de mi unidad familiar o unidad análoga de convivencia, hasta el primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad.
- 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 390 de declaración resumen anual IVA del año 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 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 más trabajadores a mi cargo.

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 económica de cese de actividad de naturaleza extraordinaria, 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 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:
 - a) Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
 - b) 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 tercer y cuarto trimestre de esos años.
 - c) 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).
 - d) Cualquier otro documento fiscal/contable que sea requerido por la Mutua.
7. En caso de pluriactividad, certificado de empresa y la declaración de la renta.

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 el artículo 13.2 d) del
Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo, declaro bajo mi responsabilidad
que los ingresos procedentes 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