

SOLICITUD PRESTACION DE CESE DE ACTIVIDAD PARA AUTÓNOMOS QUE SUSPENDAN SU ACTIVIDAD POR RESOLUCION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE (ART. 13.1 RDL-30/2020)

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	

2. Identificación de la resolución administrativa

Identificación de la resolución	Fecha	Organismo

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?	¿Es miembro de familia numerosa y los únicos ingresos de la unidad familiar provienen de la actividad suspendida?
<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)
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Grado de consanguinidad/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 consanguinidad/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 consanguinidad/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		

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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Localidad:
	Domicilio de la actividad:

Datos de la asesoría

Nombre de la asesoría	Teléfono	E-mail

4. Otros datos

¿Tiene aplazadas cuotas por la TGSS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento			
¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Banco			
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 Intercomarc, 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.

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 13.1 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 la resolución adoptada por la autoridad competente de suspender mi actividad, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.

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 de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o, en su caso, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, al menos 30 días naturales antes de la fecha de la resolución que acuerda el cese de actividad.
- 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.
- Que, únicamente para el caso de estar en pluriactividad, los ingresos procedentes del trabajo por cuenta ajena no superan 1,25 veces el salario mínimo interprofesional.

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.
- 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 comunicar al órgano gestor la fecha del levantamiento del cierre según la resolución adoptada por la autoridad competente como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.
- A comunicar al órgano gestor la percepción de ingresos procedentes del trabajo por cuenta ajena cuando superen 1,25 veces el importe del salario mínimo interprofesional, en cómputo mensual.
- A comunicar al órgano gestor el desempeño de otra actividad por cuenta propia.
- A comunicar al órgano gestor la percepción de rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad se haya visto afectada por el cierre.
- 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 reintegrar las cantidades indebidamente percibidas para el caso de que no acredite que mi actividad se encuentra suspendida mediante resolución adoptada por la autoridad competente, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.
- 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 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.
7. Resolución adoptada por la autoridad competente de que mi actividad se encuentra suspendida, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.
8. 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 13.1 e) 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

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA POR CESE DE ACTIVIDAD REGULADA EN EL ARTÍCULO 13.1 DEL REAL DECRETO-LEY 30/2020, DE 29 DE SEPTIEMBRE (PECANE I)

Como declaración complementaria de la suscrita para solicitar a MUTUA INTERCOMARCAL, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social núm. 39, el reconocimiento de la prestación extraordinaria de cese de actividad, dirigida a los trabajadores autónomos afectados por una suspensión temporal de toda la actividad, a consecuencia de una resolución de la autoridad competente como medida de contención de la propagación del virus COVID-19, por medio del presente escrito y al amparo de lo previsto en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, formulo:

DECLARACIÓN RESPONSABLE

PRIMERO: Que he suspendido temporalmente todas mis actividades por cuenta propia, en cumplimiento de la obligación establecida en resolución adoptada por la autoridad competente, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.

SEGUNDO (elegir una opción):

- Para las actividades de hostelería y restauración:** Que, en particular, no llevo a cabo durante dicha suspensión temporal entrega a domicilio ni puesta a disposición para recogida de los productos que se dispensan en mi establecimiento, ni tampoco dispongo de terraza exterior donde poder realizar mi actividad.
- Para el resto de actividades:** Que, en particular, no llevo a cabo mi actividad on-line o por otros medios que me permitan continuar con mi actividad.

Me comprometo a aportar a esa Mutua la documentación que me requiera para acreditar la veracidad de esta declaración; a comunicarle cualquier modificación en la situación de mi actividad que suponga una alteración en lo manifestado, y a no compatibilizar indebidamente la percepción de la prestación solicitada con la realización total ni parcial de actividad por cuenta propia alguna.

Apellidos y nombre del declarante: _____
IPF: _____

En _____ a _____ de _____ de 202__
Firma solicitante

Esta declaración debe remitirse preferentemente a través de la Mutua Online del portal de Mutua Intercomarcal (www.mutua-intercomarcal.com), al objeto de que no demore la resolución del trámite.

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra **política de privacidad** (www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos (lopd@mutua-intercomarcal.com) o por correo postal (Avenida Icària, 133-135 /08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.