

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y nombre		DNI/NIF	
Fecha de nacimiento	N.º de teléfono	Teléfono móvil	
Correo electrónico		N.º afiliación a la Seguridad Social	
Domicilio personal			
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.

DNI	1.er Apellido	2.º Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
DNI	1.er Apellido	2.º Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
DNI	1.er Apellido	2.º Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
DNI	1.er Apellido	2.º Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

## 3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE:

a). RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL:			
<input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo (RETA) <input type="checkbox"/> Trabajador del Régimen especial del mar <input type="checkbox"/> Trabajador 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
b). TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO (deberá especificar al menos una de las siguientes):			
<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			

c).INFORMACIÓN ADICIONAL:

Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es perceptor de otras prestaciones diferentes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Percibe ayudas por paralización de flota, o similar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es Profesional Colegiado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

d). DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD:

Actividad Económica

Código CNAE

¿Existía establecimiento abierto al público?

Nombre del establecimiento o Denominación Comercial

Domicilio de la actividad

Localidad

e). Datos de la asesoría, a rellenar en su caso

Denominación

Email

Teléfono

#### 4. OTROS DATOS:

- ¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento  
No  Sí  Fecha de la resolución del aplazamiento: .....
- ¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020?  
Sí  No
- Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia(el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente)  
Banco:  
Dirección de la Sucursal:  
IBAN:

#### 5. CONSENTIMIENTO:

**Unión de Mutuas solicita su consentimiento para consultar y recabar datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no está previamente amparado por la Ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.**

En ..... a ..... de ..... de .....

(Firma del solicitante, preferiblemente firma digital)

De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, le informamos de que el responsable del tratamiento de sus datos es Unión de Mutuas, MCSS n.º 267. La finalidad del tratamiento de sus datos será la de gestionar la prestación económica, así como realizar cualquier trámite necesario dentro del marco de las atribuciones legalmente encomendadas a esta entidad como mutua colaboradora con la Seguridad Social. No se cederán datos a ningún tercero para ninguna finalidad salvo obligación legal como mutua colaboradora con la Seguridad Social. Unión de Mutuas garantiza el secreto profesional de quienes intervienen en el tratamiento de sus datos, así como el respeto a la intimidad personal y familiar de los interesados, entendida como un derecho fundamental de los mismos. Le informamos de que tiene usted derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar u oponerse al tratamiento de sus datos así como a la portabilidad de los mismos en los términos legalmente establecidos, mediante escrito dirigido a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS N.º 267, en el domicilio sito en Av. del Lledó, 69, 12004 Castellón, o presentándolo en cualquiera de sus delegaciones. A través del siguiente enlace web <https://www.uniondemutuas.es/politicaprotecciondatospersonales/> le proporcionamos información adicional sobre el tratamiento de sus datos de carácter personal.

## 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 al derecho a la prestación extraordinaria de cese de actividad; que cuento con la documentación que en la misma se requiere, la cual tendré a disposición del órgano gestor de la prestación extraordinaria de cese de actividad; 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 (marcar lo que corresponda):

- Reducción en la facturación en el mes natural anterior al de la solicitud en al menos un 75 % en relación con el promedio mensual desde el mes de septiembre de 2019 hasta febrero de 2020, ambos inclusive (de no haber estado de alta en el Régimen Especial durante todo este período o de haber tenido suspendida la actividad por encontrarse en situación de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado de menor, riesgo durante el embarazo u otro motivo, se calculará el promedio mensual solo con los meses naturales completos de actividad)
- Suspensión de la actividad por consecuencia directa de la declaración del ESTADO DE ALARMA.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, cumplir los requisitos de acceso a la Prestación Extraordinaria de Cese de Actividad, que a continuación se relacionan:

- Que me encontraba en situación de alta en el Régimen Especial a fecha 14 de marzo de 2020.
- En el caso de que solicite la prestación por la reducción de la facturación, pongo a disposición del órgano gestor la documentación que se requiere en esta solicitud para acreditar que, durante el mes anterior a la fecha en que solicito la prestación, la facturación por mi actividad o por la actividad de la empresa para la que presto mis servicios (como administrador, socio, TRADE, colaborador familiar, etc.) se ha reducido al menos en un 75% en relación con la del promedio mensual del período de septiembre de 2019 a febrero de 2020, declarando expresamente que se cumple dicha circunstancia.
- Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial, no habiéndome tampoco encontrado, a 14 de marzo de 2020, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas.
- Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social.

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

- A permanecer de alta en el Régimen Especial, para el supuesto de que solicite la prestación por reducción de la facturación.
- A comunicar al órgano gestor el incumplimiento durante la percepción de la prestación de dicha reducción en la facturación mensual, para el supuesto de que solicite la prestación por este motivo.
- A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social durante la percepción de la prestación ahora solicitada.

A poner a disposición del órgano gestor la documentación de iniciación del ERTE, en relación con los trabajadores de mi empresa, para el supuesto de que se iniciase dicho procedimiento de suspensión de contratos laborales o de reducción de la jornada-

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 extraordinaria de cese de actividad, 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 extraordinaria de cese de actividad 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 .....

(Firma del solicitante, preferiblemente firma digital)

## 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).
3. 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](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 cuando se alegue reducción de la facturación mensual: Libro de registro de facturas emitidas y recibidas; libro diario de ingresos y gastos; libro registro de ventas e ingresos; libro de compras y gastos, o cualquier otro medio de prueba admitido en Derecho para acreditar dicha reducción en la facturación.