



Formulario de solicitud de prestación extraordinaria para el cese de actividad del trabajador autónomo

Sello de entrada

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DNI <input type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
DOMICILIO: TIPO VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	NÚMERO BLOQUE ESCALERA PISO PUERTA CP
MUNICIPIO	PROVINCIA	Nº TELÉFONO FIJO	Nº TEL. MÓVIL (SMS) CORREO ELECTRÓNICO

2. DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE

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

DNI	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Grado de discapacidad (> o igual 33%)		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DNI	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Grado de discapacidad (> o igual 33%)		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DNI	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Grado de discapacidad (> o igual 33%)		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DNI	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	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

Trabajador Autónomo (RETA)
 Trabajador del Régimen especial del mar
 Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)

Fecha de inicio de actividad	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Fecha de último alta en el régimen especial	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Fecha de baja en el régimen Especial	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Fecha de cese en la actividad	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>

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 sociedad

Actividad Económica	Código CNAE
¿Existía establecimiento abierto al público? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre del establecimiento o Denominación Comercial	
Domicilio de la actividad	Localidad

e. Datos de la empresa, a rellenar en su caso

Denominación	Email	Teléfono
--------------	-------	----------

4. Otros datos

¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social?

SI NO

En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento

Día

Mes

Año

¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020?

SI NO

Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia (el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente)

IBAN

Entidad

Oficina

D.C. y N° Cuenta corriente

5. Consentimiento

Asepeyo, Mutua Colaboradora con la seguridad Social nº 151, 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.

De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y cualquier otra legislación vigente que pudiese resultar aplicable en materia de protección de datos de carácter personal, Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, número 151, con NIF G-08215824 y domicilio en Via Augusta nº 36, 08006 Barcelona, le informa de que los datos facilitados serán tratados por Asepeyo sobre la base legal (artículos 6º y 9º del Real Decreto Legislativo 8/2015) del interés público en el cumplimiento de las funciones que le son propias como mutua colaboradora con la Seguridad y Social y, en concreto, con la finalidad de gestionar tu solicitud de prestación, efectuar comunicaciones y notificaciones al respecto y, en su caso, realizar el abono de la prestación solicitada.

Asimismo, te informamos que podrás recibir notificaciones y avisos del estado de tu prestación a través de SMS enviados a tu número de teléfono móvil. Tus datos se conservarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente y, en todo caso, hasta la conclusión del último de plazo de prescripción de acciones penales y civiles, así como de sanciones administrativas, que resulte aplicable, sin perjuicio de su debido bloqueo. En virtud de los supuestos legalmente previstos, tus datos podrán ser comunicados a los organismos públicos competentes en materia de control, gestión y/o supervisión de la prestación.

- Considerando el carácter retributivo de la prestación, a efectos de declaración del IRPF, Asepeyo, debe informar del importe de la misma a la Agencia Tributaria.
- Al INSS, para la gestión de las prestaciones, de acuerdo con lo legalmente previsto.

Adicionalmente, te informamos que, en el supuesto que sea necesario para la gestión de tu expediente, podrán tener acceso a tus datos terceros que prestan servicios a Asepeyo, como pueden ser peritos médicos, peritos técnicos, investigadores privados, abogados, procuradores, proveedores informáticos y proveedores de custodia, destrucción y digitalización de documentación. Tus datos únicamente serán tratados por estos proveedores para la prestación del servicio contratado.

Puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y/o portabilidad por alguno de los medios habilitados que tienen por objeto acreditar y garantizar tu identidad:

- a) Mediante solicitud telemática realizada a través de Asepeyo Oficina Virtual (previo registro)
- b) Presentando solicitud firmada digitalmente mediante certificado electrónico emitido por una entidad acreditada mediante correo electrónico al Servicio de Atención al Usuario (asepeyo@asepeyo.es)
- c) Presencialmente en cualquiera de nuestros centros asistenciales.

También puedes trasladar al DPD de Asepeyo (dpd@asepeyo.es) cualquier consulta, sugerencia y/o reclamación con relación al tratamiento de tus datos de carácter personal. En cualquier caso tienes derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), autoridad competente en materia de protección de datos, a través de su sede electrónica o por escrito dirigido a la sede de dicho organismo.

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 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 periodo 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 periodo 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 _____ de 20__

Firma

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 por el solicitante o 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.
- Documentos necesarios para la tramitación de la prestación:

- Solicitud de la prestación
- Fotocopia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras)
- Modelo 145 de declaración de datos al pagador (excepto Navarra...). Este modelo puede cumplimentarlo de dos formas distintas:
 - Cumplimentando el pdf correspondiente al modelo 145 que encontrará en este pack, imprimir, firmar, escanear y anexas junto con el resto de la documentación
 - Entrando en el enlace adjunto con acceso directo a la web de la Agencia Tributaria donde podrá cumplimentarlo, firmarlo digitalmente y enviárnoslo en formato pdf junto con el resto de la documentación.

https://www.agencia tributaria.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 de la Mutua

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.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento 1
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas 2

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) 3

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

Discapacidad (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes
		Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.			En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Convivencia con otros descendientes
		Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.			Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).
Año de nacimiento		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

..... de de

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusar recibo de la presente comunicación y documentación.

..... de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora:

Fdo.: D / D.ª

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora