

FED-0057

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI / NIE	
_____	_____	_____	_____	
Nº afiliación a la S.S.	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	
_____	_____	_____	_____	
Domicilio			Nº	Bloque
_____			_____	_____
			Esc.	Piso
			_____	_____
Código postal	Localidad	Provincia		
_____	_____	_____		

2. DATOS DE LOS HIJOS A CARGO DEL SOLICITANTE

Se entenderá que existen hijos a cargo, cuando éstos sean menores de 26 años (o mayores con una discapacidad en grado igual o superior al 33%), carezcan de rentas de cualquier naturaleza iguales o superiores al salario mínimo interprofesional excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias, y convivan con el beneficiario.

DNI/NIE				
Nombre				
Apellidos				
Fecha de nacimiento				
Discapacidad ≥ 33%	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			

3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE (RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL)

- 521 - Trabajador autónomo (RETA)
 825 - Trabajador del régimen especial del Mar

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:

Detalle del tipo de trabajador autónomo (RETA)

- SETA - Trabajador agrario por cuenta propia
 TRADE - Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente
 Administrador o consejero de una sociedad mercantil
 Comunero de comunidad de bienes o socio de sociedad no mercantil
 Socio trabajador -o aspirante- de una cooperativa de trabajo asociado
 Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil
 Autónomo que ejerce su actividad profesional conjuntamente con otros
 Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

3.1. INFORMACIÓN ADICIONALPluriactividad: ¿Trabaja por cuenta ajena? No Sí ¿Recibe ayudas por paralización de la flota o similar? No Sí¿Percibe alguna prestación y/o pensión de la Seguridad Social? No Sí**3.2. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD**

CNAE	Actividad económica
_____	_____
¿Existe establecimiento abierto al público?	Nombre del establecimiento o denominación comercial
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	_____
Domicilio de la actividad	Localidad
_____	_____

FED-0057

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.
- Que me comprometo a comunicar al órgano gestor cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir los citados 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.

Nota: 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 expreso 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, y 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 _____

Firma del solicitante

En caso de que no disponga de firma digital, ni posibilidad de firmar manualmente y digitalizar el documento firmado, como firma ponga su nombre, apellidos + DNI o nº de autorizado RED (si fuera en representación) en los siguientes campos..

Nombre y Apellidos

DNI / Nº. autorizado RED

FED-0057

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.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:**Responsable de tratamiento:**

Fraternidad-Muprespa Mutua colaboradora de la Seguridad Social nº 275.

Para cualquier duda o aclaración se puede dirigir al delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa a la siguiente dirección de correo electrónico dpd@fraternidad.com.

Finalidad:

Respecto datos trabajador: Colaborar con la acción protectora de la Seguridad Social en la asistencia sanitaria y gestionarla administrativamente.

Gestionar los traslados sanitarios en el ámbito de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Atender en general a las urgencias que se produzcan.

Gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Gestionar las actividades preventivas de la Seguridad Social.

Gestionar las prestaciones especiales y sociales derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Respecto datos empresa: Gestionar la relación administrativa con las empresas asociadas y autónomos adheridos y los e-servicios que presta Fraternidad-Muprespa en su WEB en relación a las personas pertenecientes a las entidades asociadas y/o adheridas.

Legitimación:

Respecto de los datos relacionados con la salud: Tratamiento para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos en el ámbito de la seguridad y protección social y también porque es necesario para el diagnóstico médico, prestación de asistencia sanitaria o social y gestión de los sistemas de asistencia.

En relación con el resto de sus datos: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal.

Tratamiento necesario para la ejecución de un contrato.

Destinatarios:

Al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social en cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y además se cederán o comunicarán a aquellos destinatarios que deban recibirlos en virtud de obligación legal.

En su caso, a las aseguradoras que aseguren las urgencias de accidentados no protegidos.

Derechos:

Puede ejercer los derechos de portabilidad, limitación, acceso, rectificación, supresión y oposición, así como no ser objeto de decisiones individualizadas, tal y cómo se explica en la información adicional.

Información adicional:

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestro portal web

fraternidad.com/es-ES/aviso-legal

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

NO CUMPLIMENTAR ESTE MODELO EN EL CASO DEL PAÍS VASCO Y NAVARRA. 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" las 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" las 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="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

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 reinbursiones 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.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del perceptor:

Fdo.: D / D.ª

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora

Fdo.: D / D.ª