

SOLICITUD DE PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD PARA LOS TRABAJADORES (AUTÓNOMOS) DE TEMPORADA

Artículo 10 del Real Decreto-ley 24/2020, de 26 de junio, de medidas sociales de reactivación del empleo y protección del trabajo autónomo y de competitividad del sector industrial.

SELLO DE ENTRADA

Nº de expediente:

1. DATOS PERSONALES						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO / /		NIF/NIE		Nº AFILIACIÓN S.S. / /		
DOMICILIO PERSONAL			NÚMERO	BLOQUE	ESCALERA	PISO PUERTA
LOCALIDAD		PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL		E-MAIL			

2. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
<input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo (RETA)	Fecha de inicio de actividad: / /
<input type="checkbox"/> Trabajador del Régimen especial del mar	Fecha de última alta en el régimen especial: / /
<input type="checkbox"/> Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)	Fecha de baja en el régimen especial: / /
	Fecha de cese en la actividad: / /

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

INFORMACIÓN ADICIONAL	
Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Es perceptor de otras prestaciones diferentes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Percebe 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

DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD			
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			CIF EMPRESA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO CNAE	¿EXISTÍA ESTABLECIMIENTO ABIERTO AL PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	

DATOS DE LA ASESORÍA		
DENOMINACIÓN	EMAIL	TELÉFONO

3. OTROS DATOS

¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento: / /
¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
PERIODOS COTIZADOS COMO AUTÓNOMO PARA LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD, EN EL EXTRANJERO
PAIS DESDE: / / HASTA: / /

4. DATOS BANCARIOS

BANCO	DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL
IBAN <input type="text"/>	

5. CONSENTIMIENTO

Otorgo mi consentimiento para que, a partir del 31 de enero de 2021, Mutua Balear pueda recabar del Ministerio de Hacienda los datos tributarios que me afectan para el segundo semestre del año 2020 necesarios para revisar las resoluciones provisionales adoptadas:

SÍ NO

NOTA: Podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento de sus datos basado en el consentimiento previo a su retirada. Conforme a lo previsto por el artículo 10.11. del RDL 24/2020, en caso de no prestar su consentimiento o de encontrarse Mutua Balear ante la imposibilidad de tener acceso a los datos obrantes en las administraciones tributarias, Ud. deberá obligatoriamente aportar la siguiente documentación:

- 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 cuarto trimestres del año 2020.
- 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 para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF/NIE

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 para los trabajadores de temporada; que cuento con la documentación que en la misma se requiere, la cual tendré a disposición del órgano gestor de la prestación de cese de actividad; y que me comprometo a comunicarle cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir dichos requisitos, así como a renunciar voluntariamente a la prestación en cualquier momento antes del 31 de agosto de 2020 y a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas en caso de incumplimiento de los mismos.

El motivo que justifica mi derecho a la prestación es tener la consideración de trabajador de temporada a efectos de esta prestación, al haber estado de alta como trabajador autónomo durante, al menos, 5 meses al año durante los años 2018 y 2019, entre los meses de marzo a octubre, y ser este mi único trabajo a lo largo de los últimos años o, en su caso, no haber estado de alta o asimilado al alta en el periodo del 01 de marzo de 2018 al 01 de marzo de 2020 en el régimen de la Seguridad Social correspondiente como trabajador por cuenta ajena durante más de 120 días.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, cumplir los requisitos de acceso a la prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia, que a continuación se relacionan:

- Que me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial durante al menos cinco meses en el periodo comprendido entre marzo y octubre, de cada uno de los años 2018 y 2019.
- Que no me encontraba en situación de alta en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente como trabajador por cuenta ajena más de 120 días durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2018 y el 1 de marzo de 2020.
- Que no me encontraba en situación de alta, en cualquier Régimen de la Seguridad Social, durante los meses de marzo a junio de 2020.
- Que me encuentro al corriente de pago de mis cuotas a la Seguridad Social, no habiéndome tampoco encontrado, a 15 de julio 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 que sea incompatible con el desempeño de mi actividad.
- Que no me encuentro realizando ningún trabajo por cuenta ajena.
- Que no he tenido durante el año 2020 unos ingresos que superen los 23.275,00 euros.

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 realización de un trabajo por cuenta ajena durante la percepción de la prestación ahora solicitada.

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada 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.

Firma y sello

En _____ a _____ de _____ de 20__

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.
La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de su solicitud.

Información básica sobre privacidad

Todos los datos señalados como obligatorios deben ser cumplimentados para la correcta tramitación de su solicitud. El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la evaluación, control y gestión de su derecho a prestaciones, cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante la AEPD. Más información sobre protección de datos y sus derechos en las políticas de privacidad aplicables a las empresas mutualistas y a la gestión de prestaciones publicadas en <https://www.mutuabalear.es/portal-privacidad>. Contacto DPD: dpd@mutuabalear.es

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

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.

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** a poner a disposición del órgano gestor, en los 10 días siguientes a su requerimiento:
 - Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del segundo y tercer trimestres de los años 2019 y 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.
 - 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).