SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE **CESE DE ACTIVIDAD Y TRABAJO POR CUENTA PROPIA** (PRÓRROGA DE LA PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA)

Artículo 9 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:

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano utilice mayúsculas y escriba con claridad.

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 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.

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FECHA NACIMIENTO	GRADO DE DISCAPACIDAD (MAYOR O IGUAL AL 33%)
		/ /	☐ SÍ ☐ NO
		/ /	☐ SÍ ☐ NO
		/ /	☐ SÍ ☐ NO
		/ /	☐ SÍ ☐ NO

3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

☐ Trabajador Autónomo (RETA)	Fecha de inicio de actividad: / /
☐ Trabajador del Régimen especial del mar	Fecha de última alta en el régimen especial: / /
☐ 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):

- ☐ Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil
- ☐ Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil
- ☐ Comunero o socio de otras Sociedades No Mercantiles
- ☐ Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado
- ☐ Trabajador Autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros
- ☐ Trabajador Autónomo Económicamente Dependiente (TRADE)
- ☐ Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

MUTUA BALEAR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO, C.I.F. G 07046196

900 173 174
tresminutos.es mutuabalear.es
cuidamostusalud.org elautonomo.es

INFORMACIÓN ADICIONAL

Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	☐ SÍ	☐ NO
Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social:	☐ SÍ	☐ NO
Es perceptor de otras prestaciones diferentes:	☐ SÍ	☐ NO
Percibe ayudas por paralización de flota, o similar:	☐ SÍ	☐ NO
Es Profesional Colegiado:	☐ SÍ	☐ NO

DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		CIF EMPRESA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO CNAE	¿EXISTÍA ESTABLECIMIENTO ABIERTO AL PÚBLICO? ☐ SÍ ☐ NO
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

DATOS DE LA ASESORÍA

DENOMINACIÓN	EMAIL	TELÉFONO

4. OTROS DATOS

¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento: / /

¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020? ☐ SÍ ☐ NO

PERIODOS COTIZADOS COMO AUTÓNOMO PARA LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD, EN EL **EXTRANJERO**

PAIS	DESDE: / /	HASTA: / /

5. DATOS BANCARIOS

BANCO	DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL

IBAN | E | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6. CONSENTIMIENTO

Otorgo mi consentimiento para que, a partir del 21 de octubre de 2020 y del 1 de febrero de 2021, Mutua Balear pueda recabar del Ministerio de Hacienda los datos tributarios que me afectan para los ejercicios 2019 y 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas:

☐ **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 9.4. 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 aportar la siguiente documentación en los diez días siguientes a su requerimiento por la mutua:

- 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.
- 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 o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.

MUTUA BALEAR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196

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 de cese de actividad y trabajo por cuenta propia; 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 haber estado percibiendo la prestación extraordinaria por cese de actividad (PECATA) hasta el 30 de junio, y acreditar lo siguiente:

☑ Una reducción en la facturación de, al menos, un 75% durante el tercer trimestre del 2020, en comparación con el mismo periodo en 2019.

☑ No haber obtenido durante el tercer trimestre de 2020 unos rendimientos netos superiores a 5.818,75 euros, o en su caso, para determinar la prestación mensual, los 1.939,58 euros mensuales.

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 venía percibiendo la prestación extraordinaria por cese de actividad a fecha de 30 de junio de 2020.
- Que me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial en el momento de la solicitud de la prestación.
- Que tengo cubierto un periodo mínimo de cotización por cese de actividad según lo establecido en el artículo 338 del TRLGSS.
- Que no he cumplido la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación.
- Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial, 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 pongo a disposición del órgano gestor la documentación que se requiere en esta solicitud para acreditar una reducción en la facturación de, al menos, un 75% durante el tercer trimestre del año 2020, en comparación con el mismo periodo de 2019, y que no he obtenido durante el tercer trimestre de 2020 unos rendimientos netos superiores a 5.818,75€, ni superiores a 1.939,58€, en el caso de que se deban de prorratear los rendimientos netos del trimestre para determinar la prestación mensual.

MUTUA BALEAR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO, C.I.F. G 07046196

900 173 174
iefr
tresminutos.es mutuabalear.es
cuidamostusalud.org elautonomo.es

- Que, únicamente en el caso de que sea un trabajador autónomo con uno o más trabajadores a mi cargo, pongo a disposición del órgano gestor la documentación que se requiere en esta solicitud para acreditar que, en el momento de la presentación de esta solicitud, 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.

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.

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.

Firma y sello

En _____ a _____ de _____ de 20___

BORRAR TODO
¡No se puede deshacer!

IMPRIMIR GUARDAR

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.

MUTUA BALEAR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO, C.I.F. G 07046196

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

900 173 174
tresminutos.es mutuabalear.es
cuidamostusalud.org elautonomo.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).

MUTUA BALEAR, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO, C.I.F. G 07046196

900 173 174
tresminutos.es mutuabalear.es
cuidamostusalud.org elautonomo.es