

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD AUTÓNOMOS

Artículo 24 del RD-L 6/2024, de 5 de noviembre (BOE nº 268, de 6 de noviembre), modificado por el RD-L 7/2024, de 11 de noviembre.

Prestación de cese de actividad de los trabajadores autónomos que han cesado parcial o totalmente en su actividad, de forma definitiva o temporal, como consecuencia directa e inmediata de los siniestros causados por la DANA entre el 28/10/2024 y el 04/11/2024.

SELLO DE ENTRADA
Nº de expediente:

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para facilitar el trámite de su prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones.

1. DATOS PERSONALES (DEBE CONSIGNAR EL DOMICILIO EN EL QUE RESIDE)							
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. FECHA Y SUPUESTO DE CESE DE ACTIVIDAD
<p>CESE TOTAL DE LA ACTIVIDAD COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE LOS SINIESTROS CAUSADOS POR LA DANA EN LOS MUNICIPIOS DETALLADOS EN EL ANEXO DEL RD-L 6/2024, DE 5 DE NOVIEMBRE, ENTRE EL 28/10/2024 Y EL 04/11/2024. INDIQUE LA FECHA DEL CESE DE SU ACTIVIDAD ASÍ COMO SI SU CESE TIENE CARÁCTER TEMPORAL O DEFINITIVO:</p> <p>FECHA: / /2024 <input type="checkbox"/> CESE TEMPORAL: <input type="checkbox"/> CESE DEFINITIVO</p> <p><input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL</p> <p><i>Si el cese es temporal, debe añadir además si es "parcial" (afecta sólo a alguna de las actividades que realiza por cuenta propia) o "total" (afecta a toda su actividad como trabajador autónomo).</i></p> <p><i>El cese definitivo requiere causar baja en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos, además de en el censo de empresarios.</i></p>

3. FECHA Y LUGAR DEL HECHO CAUSANTE (SINIESTRO QUE HA PROVOCADO SU CESE DE ACTIVIDAD)
<p>FECHA DEL SINIESTRO: / /</p> <p>DIRECCIÓN EN LA QUE SE PRODUJO EL SINIESTRO QUE HA AFECTADO A SU ACTIVIDAD</p> <p>Domicilio: Código Postal: Localidad: Municipio: Provincia:</p>

4. DATOS BANCARIOS	
BANCO	DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL
IBAN	

5. DATOS FISCALES
<p>TIPO VOLUNTARIO DE RETENCIÓN DE IRPF: %</p> <p><i>Sólo es aplicable si es superior al que reglamentariamente proceda.</i></p> <p>Si su residencia está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención de IRPF desea que se le aplique:</p> <p><input type="checkbox"/> Tabla general. <input type="checkbox"/> Tabla de pensiones <input type="checkbox"/> Tipo voluntario: %</p> <p>Número de hijos:</p>

6. DATOS DE HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS QUE CONVIVAN CON EL SOLICITANTE

APellidos y nombre	NIF/NIE/TIE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	¿ESTÁ INCAPACITADO?	GRADO DISCAPACIDAD
		/ /		SÍ NO	%
		/ /		SÍ NO	%
		/ /		SÍ NO	%
		/ /		SÍ NO	%

Incluir únicamente los hijos que, dependan económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas las pagas extraordinarias

7. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

<input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo (RETA)	Actividad principal que justifica su encuadramiento en el Régimen Especial:
<input type="checkbox"/> Trabajador del Régimen especial del mar	
<input type="checkbox"/> Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)	
Fecha de baja en el régimen especial: / /	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Trabaja por cuenta ajena: SÍ / NO

En el caso de encontrarse en situación de pluriactividad, mis ingresos brutos por el trabajo por cuenta ajena que venía desarrollando en los cuatro últimos meses inmediatamente anteriores al nacimiento del derecho son los siguientes:

MES	INGRESOS BRUTOS DEL TRABAJO POR CUENTA AJENA
Junio 2024	Euros
Julio 2024	Euros
Agosto 2024	Euros
Septiembre 2024	Euros
TOTAL	Euros

Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social: SÍ / NO

Percibe ayudas por paralización de la flota o similar: SÍ / NO

8. DATOS DE LA 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 DEL ESTABLECIMIENTO / DOMICILIO FISCAL DE LA ACTIVIDAD:

LOCALIDAD	MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
-----------	-----------	-----------	---------------

OTRAS ACTIVIDADES DE NEGOCIO INCLUIDAS EN EL IMPUESTO DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS (IAE) - *Indicar únicamente las afectadas por la DANA:*

OTROS DOMICILIOS/CENTROS DE TRABAJO DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD - *Indicar únicamente los afectados por la DANA:*

TRABAJADORES POR CUENTA AJENA *

NINGUNO SÍ, NÚMERO:

(* En caso de que tuviese 1 o más trabajadores/as dependientes debe aportar la "Declaración de cumplimiento de garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral en relación a trabajadores dependientes".

9. DATOS DEL COLABORADOR / DE LA ASESORÍA

DENOMINACIÓN	E-MAIL	TELÉFONO
--------------	--------	----------

10. OTROS DATOS

En el caso de haber alcanzado la edad ordinaria para acceder a la pensión de jubilación, ¿cuenta con cotizaciones suficientes para poder acceder a ella? SÍ / NO

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

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

¿Estaba percibiendo a 28/10/2024 o percibe en la actualidad alguna prestación de la Seguridad Social que sea incompatible con el desarrollo de su actividad? SÍ / NO

Tipo (nombre) de la prestación:

Fecha de reconocimiento de esa prestación: / /

11. CONSENTIMIENTO GENERAL

Mutua Balear, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 183, 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.

Otorga su consentimiento: SÍ / NO

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA BALEAR cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso o documento acreditativo de la misma, que se me reconozca la prestación de cese de actividad y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el presente formulario, y suscribo para ello la **DECLARACIÓN RESPONSABLE** que acompaña al mismo.

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, MCCSS 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

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.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (DNI) o Número de Identificación de Extranjeros (NIE). Si este último documento no es válido para acreditar la identidad de la persona, deberá adjuntar también copia de su pasaporte o del documento de identidad de su país.
- Modelo 145 de comunicación de datos al pagador que se acompaña con este formulario.
- Declaración responsable de cumplimiento de requisitos.
- Declaración de cumplimiento de garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral en relación a trabajadores dependientes (solo en caso de tener trabajadores por cuenta ajena)

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

- Documentación acreditativa de la imposibilidad para desarrollar la actividad por la que se solicita la prestación.
- Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre del año 2023, primer y cuarto trimestre del año 2024, y primer trimestre del año 2025.
- Libro de Ingresos de octubre a diciembre de 2023 y 2024, y de enero de 2024 a 2025.
- Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del tercer y cuarto trimestre de 2023 y 2024 y primer trimestre de 2024 y 2025.
- Certificado de la TGSS de estar al corriente de pago.
- Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.
- Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
- Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
- Cualquier otra documentación que pueda ser solicitada por esta Mutua y que resulte necesaria para acreditar el cumplimiento del derecho a la misma.

ANEXO LISTADO DE MUNICIPIOS AFECTADOS POR LA DANA

NÚMERO	DENOMINACIÓN
1.	Alaquàs
2.	Albal
3.	Albalat de la Ribera
4.	Alborache
5.	Alcasser
6.	Alcúdia, l'
7.	Aldaia
8.	Alfafar
9.	Alfarb
10.	Algemesí
11.	Alginet
12.	Alhaurín de la Torre
13.	Almussafes
14.	Alzira
15.	Benetússer
16.	Benifaió
17.	Beniparrell
18.	Bétera
19.	Bugarra
20.	Buñol
21.	Calles
22.	Camporrobles
23.	Carlet
24.	Catadau
25.	Catarroja
26.	Caudete de las Fuentes
27.	Corbera
28.	Quart de Poblet
29.	Cullera
30.	Chera
31.	Cheste
32.	Xirivella
33.	Chiva
34.	Dos Aguas
35.	Favara
36.	Fortaleny
37.	Fuenterrobles
38.	Gestalgar
39.	Godolleta
40.	Guadassuar

NÚMERO	DENOMINACIÓN
41.	Letur
42.	Llíria
43.	Loriguilla - sólo núcleo urbano
44.	Llocnou de la Corona
45.	Llaurí
46.	Llombai
47.	Macastre
48.	Manises
49.	Massanassa
50.	Mira
51.	Mislata
52.	Montserrat
53.	Montroi/Montroy
54.	Paiporta
55.	Paterna
56.	Pedralba
57.	Picanya
58.	Picassent
59.	Polinya de Xúquer
60.	Real
61.	Requena
62.	Riba-roja de Túria
63.	Riola
64.	Sedaví
65.	Siete Aguas
66.	Silla
67.	Sinarcas
68.	Sollana
69.	Sot de Chera
70.	Sueca
71.	Tavernes de la Valldigna
72.	Torrent
73.	Turís
74.	Utiel
75.	Valencia - PEDANÍAS SUR: <i>Faitanar, La Torre, Forn d'Alcedo, Castellar-Oliveral, Pineda, El Saler, El Perellonet y El Palmar</i>
76.	Vilamarxant
77.	Yátova
78.	Benicull de Xúquer