



Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI o NIE \_\_\_\_\_

#### 4) Datos de la actividad

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Nº CIF \_\_\_\_\_ Establecimiento: SI  NO  Nombre \_\_\_\_\_

Actividad económica \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO

Vía: Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Bis/Por \_\_\_\_\_ Escal. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Letra \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

#### 5) Incompatibilidades

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	
Trabaja por cuenta ajena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En su caso, ingresos del trabajo por cuenta ajena <input type="text"/> €/mes
Perceptor de prestaciones de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trabaja por cuenta propia en otra actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perceptor de ayuda como pescador por paralización de la actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 6) Socio trabajador de cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la cooperativa \_\_\_\_\_

CCC \_\_\_\_\_ Nº CIF \_\_\_\_\_

Trabajadores dependientes : \_\_\_\_\_ SI  NO  Nº Trabajadores por cuenta ajena \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO

Vía: Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Bis/por \_\_\_\_\_ Escal. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Letra \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

#### 7) Otros

Convive en un mismo domicilio con personas unidas por vínculo familiar o unidad análoga de convivencia hasta el primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad, y dos o más miembros tienen o pueden tener derecho a esta prestación extraordinaria por cese de actividad

SI NO

#### 8) Observaciones

o **DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y manifiesto que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Social de la Marina cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(Firma del solicitante)

Nombre y apellidos

DNI o NIE

**Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud (A cumplimentar por el Instituto Social de la Marina)**

DOCUMENTOS	COTEJADO		RECIBIDO	REQUERIDO
	COINCIDE	NO COINCIDE		
DNI, Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE) o documento identificativo en su país de origen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento que contenga el Número de Identidad de Extranjero (NIE) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libro de familia o documento equivalente, en caso de extranjeros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNI, Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE) o documento que contenga el Número de Identidad de Extranjero (NIE) de los hijos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros documentos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observaciones**

**A cumplimentar por el ISM**

Se expide la presente diligencia de verificación de los datos reflejados en este impreso y los que aparecen en los documentos aportados. En el caso de que se le requiera la aportación de documentación dispone, según lo establecido en el art. 68.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas de un plazo de 10 días hábiles para su presentación, transcurrido el cual se archivará la solicitud, previa resolución, sin perjuicio de que pueda instar una nueva si su derecho no hubiera prescrito.

Firma del solicitante (en caso de requerimiento de documentación)

Fecha de presentación de la solicitud y firma del receptor

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Sello de la Unidad

Fdo. \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo previsto en el art. 21.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, la entidad gestora deberá dictar resolución en el plazo de los tres meses siguientes a la fecha en que se hubiera formulado la solicitud de la prestación, y cursar la notificación en el plazo de 10 días a partir de la fecha de su dictado, de conformidad con lo previsto en el art. 40.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Una vez transcurridos tres meses desde la presentación de la solicitud de la prestación, si aún no hubiera sido notificada la resolución, el interesado podrá interponer reclamación previa según lo dispuesto en el art. 71 de la Ley 36/2011 de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social, al entenderse desestimada la solicitud por silencio administrativo.

**Autorización expresa al órgano gestor para comprobar o recabar de las administraciones tributarias, los datos tributarios de los ejercicios 2019 y 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas:**

SI  NO

Si no otorga la autorización deberá presentarlos.

**PROTECCIÓN DE DATOS.-** Esta solicitud recoge datos de carácter personal que, con su consentimiento, pasarán a formar parte de un tratamiento realizado por el Servicio Público de Empleo Estatal conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La finalidad del tratamiento es la realización de las funciones derivadas de la solicitud, y en su caso, la cesión a órganos u organismos de las Administraciones Públicas en los términos legalmente establecidos. Tiene derecho al acceso, rectificación, oposición o supresión de sus datos, en los términos legalmente establecidos. Más información en <http://www.sepe.es/HomeSepe/masinformacion/aviso-legal/html>

**DOCUMENTACION A APORTAR EN CASO DE REDUCCIÓN DE LA FACTURACIÓN**

- Resolución adoptada por la autoridad competente como medida de contención en la propagación del virus COVID-19
- Declaración de la renta de las personas físicas o certificado de empresas donde consten las retribuciones percibidas por cuenta ajena.
- 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.

Toda solicitud deberá ir acompañada de una declaración responsable en la que se haga constar que cumplen todos los requisitos exigidos para causar derecho a esta prestación.