



TA.0521/2 (Hoja 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUD DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN-**

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		1.3 GRADO DE DISCAPACIDAD		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE:		1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
1.6 DOMICILIO TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE		NÚM.		BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL	
MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA			
1.7 DATOS TELEMATÍCOS CORREO ELECTRÓNICO		ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI NO		TELÉFONO MÓVIL			

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

ALTA  BAJA  VARIACIÓN DE DATOS  FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS Día Mes Año

2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS

2.2 D.N.I./N.S.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL

3.2 I.A.E. CNAE 2009

3.3 NOMBRE COMERCIAL

3.4 DOMICILIO  
TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL  
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

3.5 MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO, DESPUÉS DE MATERNIDAD

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES

**IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA**

5. OTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	
N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL			

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6)  DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4)  OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA)

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO  
D.N.I.: C.I.F.: TARJETA EXTRANJERO: PASPRT.:

N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

FIRMA DEL TRABAJADOR/A	FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD Fecha: D.N.I.: FIRMA:	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A Fecha: D.N.I.: FIRMA:
------------------------	---------------------------------	--	---

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/2 (Hoja 1/3)  
(12-01-2015)



TA.0521/2 (Hoja 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA

BASE MÁXIMA

OTRA BASE

SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

4.2. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA Nº

NOMBRE

4.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES] Y/O CESE DE ACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

**ACOGERSE**

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

**RENUNCIAR**

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

4.4. OPCIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDAD

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

**ACOGERSE** a la cobertura de la Incapacidad Temporal

**NO ACOGERSE** a la cobertura de la Incapacidad Temporal

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
APARTADO DE CORREOS								
<input type="text"/>								

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/2 (Hoja 2/3)  
(12-01-2015)

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



TA.0521/2 (Hoja 3/3)

Registro de presentación	Registro de entrada
--------------------------	---------------------

**DECLARACIÓN:**  
**- RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS**  
**- FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN**

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE ALTA

D./Dña. : \_\_\_\_\_ ,

con D.N.I. \_\_\_\_\_ y N.S.S. \_\_\_\_\_

Declara bajo su responsabilidad que es titular de la empresa cuyos datos figuran en esta solicitud y que el trabajador cuyos datos identificativos constan en la misma, al que le une la relación de parentesco de \_\_\_\_\_ PRESTA sus servicios como colaborador familiar en su empresa DESDE el día \_\_\_\_\_, sin que exista entre ambos relación laboral.

Asimismo, el titular de la explotación DECLARA que:

- ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS (RETA)
- NO ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA EN EL RETA, LIMITÁNDOSE SU ACTUACIÓN EN LA MISMA AL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES INHERENTES A TAL TITULARIDAD, POR DARSE LA CIRCUNSTANCIA DE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN
<input type="text"/>

9. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE BAJA

D./Dña. : \_\_\_\_\_ ,

con D.N.I. \_\_\_\_\_ y N.S.S. \_\_\_\_\_

Declara bajo su responsabilidad que es titular de la empresa cuyos datos figuran en esta solicitud y que el trabajador cuyos datos identificativos constan en la misma, al que le une la relación de parentesco de \_\_\_\_\_ HA PRESTADO sus servicios como colaborador familiar en su empresa HASTA el día \_\_\_\_\_, sin que exista entre ambos relación laboral.

FIRMA DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN
<input type="text"/>

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.



**RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2)**

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE   
 Nº DE SEGURIDAD SOCIAL  Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO   
 ALTA  BAJA  VARIACIÓN DE DATOS  FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS  
 Día  Mes  Año   
 DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

Registro de entrada

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.

TA.0521/2 (Resguardo) (14-07-2016)



**SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2)**

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta propia, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE   
 Nº DE SEGURIDAD SOCIAL  Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO   
 ALTA  BAJA  VARIACIÓN DE DATOS  FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS  
 Día  Mes  Año   
 DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

De conformidad con lo establecido en el art. 68 de la Ley 39/2015, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.

Registro de salida

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015.

TA.0521/2 (Subsanación) (14-07-2016)