



## Solicitud de prestación de cese de actividad (**Art. 9 Real Decreto-Ley 24/2020, de 26 de junio**), compatibilizándola con la continuación de la actividad por cuenta propia

### 1) Régimen de la Seguridad Social y Tipo de trabajador autónomo

#### Régimen de la Seguridad Social

Autónomo (RETA)

Agrario (SETA)

Régimen Especial del Mar

#### Tipo de trabajador Autónomo

Económicamente dependiente

Socio trabajador de cooperativa

Ejerce su actividad profesional conjuntamente

### 2) Datos personales del solicitante

Nombre \_\_\_\_\_ 1º apellido \_\_\_\_\_ 2º apellido \_\_\_\_\_

Nº DNI o NIE \_\_\_\_\_ Nº Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO

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

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

#### A efectos de comunicaciones (Sólo si es distinto del indicado anteriormente)

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

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

Apartado de correos \_\_\_\_\_

#### TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Fijo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

### 3) Datos de la entidad financiera (banco o caja) para el abono de la prestación

Nombre de la entidad financiera .....

IBAN (Número internacional de cuenta Bancaria)

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| E | S |  |  |
|---|---|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### 4) 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).

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| DNI o NIE                                     |   |   |   |   |
| 1º Apellido                                   |   |   |   |   |
| 2º Apellido                                   |   |   |   |   |
| Nombre  |   |   |   |   |
| Fecha de nacimiento                           |   |   |   |   |
| Grado de discapacidad igual o superior al 33% | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Nombre y apellidos

DNI o NIE

### 5) Datos de la actividad

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

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

Actividad económica \_\_\_\_\_

Nº Trabajadores por cuenta ajena \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO

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

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

### 6) Incompatibilidades

|   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Trabaja por cuenta ajena                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es perceptor de prestaciones de la Seguridad Social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 7) 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 \_\_\_\_\_

### 8) Percibió hasta el 30 de junio la prestación extraordinaria por cese de actividad prevista en el artículo 17 del Real Decreto-ley 8/2020.

#### Causa Cese de la actividad:

- Actividad suspendida por RD 463/2020.Estado de alarma
- Reducción facturación 75%

Nombre y apellidos

DNI o NIE

### 9) 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)

**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"/> |

**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. 11.4 del R.D. 1541/2011, de 31 de octubre, 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. 11.5 del R.D.1541/2011, de 31 de octubre, la entidad gestora deberá dictar resolución en el plazo de los 30 días hábiles 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 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 NO TENER ACCESO A LOS DATOS OBRANTES EN LAS ADMINISTRACIONES TRIBUTARIAS**

A partir del 21 de octubre de 2020 y del 1 de febrero de 2021, el ISM recabara de las autoridades tributarias los datos tributarios del solicitante, de los ejercicios 2019 y 2020, necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas. En defecto del acceso a esta información, el autónomo deberá aportar al ISM, en los diez días siguientes a su requerimiento:

Modelo 130 – Autoliquidación pago fraccionado Impuesto de la Renta de las Personas Físicas (IRPF) 2º y 3º trimestres de 2019 y 2020

Modelo 303 – Autoliquidación del Impuesto del Valor Añadido (IVA) correspondiente al 2º y 3º trimestre de los años 2019 y 2020

Los trabajadores autónomos que tributen por estimación objetiva en el Impuesto de la Renta de las Personas Físicas (IRPF) Modelo 131 – deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva 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.