



## Solicitud de prestación extraordinaria de cese de actividad para trabajadores autónomos por suspender toda la actividad como consecuencia de resolución de autoridad competente como medida de contención del virus COVID-19 (Art. 9 Real Decreto-Ley 18/2021, de 28 de septiembre)

### 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		
---	---	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

	SI	NO	
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"/>	En caso afirmativo la prestación de seguridad social es compatible con la actividad que desarrolla
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"/>	
Percibe rendimientos procedentes de la sociedad cu ya actividad se ha visto afectada por el cierre	<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

SI NO

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

#### 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 necesarios para la revisión de los requisitos de acceso a la prestación:**

SI

**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**

- 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.

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.