



Solicitud de Prestación por Cese de Actividad

Alta inicial Reanudación Opción por nuevo derecho

Tipo de prestación Tipo de colectivo (A cumplimentar por el ISM)

Antes de rellenar cada apartado, lea atentamente las "Instrucciones para cumplimentar la solicitud" de la carpeta informativa.

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

Régimen de 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 (Solo 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				
1er 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 _____

5) Datos de la actividad

Nombre de la empresa _____

Nº CIF _____ Establecimiento: SI NO Nombre _____

Actividad Económica _____

Temporalidad : Desde _____ Hasta _____ Nº trabajadores por cuenta ajena _____

DOMICILIO

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

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

PERÍODOS COTIZADOS COMO AUTÓNOMO EN EL EXTRANJERO PARA LA PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD

País donde ha trabajado _____ Desde _____ Hasta _____

País donde ha trabajado _____ Desde _____ Hasta _____

6) Pluriactividad

Nombre de la empresa _____ Nº CIF _____

Régimen del trabajador _____ Función que desempeña _____

Actividad Económica _____

DOMICILIO

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

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

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) Cese de actividad

Cumplimentar este apartado tanto si se solicita un alta inicial de la prestación como una reanudación de la prestación por cese de actividad en un trabajo por cuenta propia

Cese de la actividad: Definitivo Temporal (Fuerza Mayor o Violencia de género)

TRABAJADOR AUTÓNOMO

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

TRABAJADOR AUTÓNOMO ECONÓMICAMENTE DEPENDIENTE

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

SOCIOS TRABAJADORES DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

TRABAJADORES AUTÓNOMOS QUE EJERCEN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL CONJUNTAMENTE

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

Nombre y apellidos

DNI

9) Observaciones

- **ME COMPROMETO** a cumplir las exigencias del compromiso de actividad ante los Servicios Públicos de Empleo correspondientes en los términos contemplados en los arts. 330.1 c) y 347.1 g) y h) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, que supondrá acreditar activa disponibilidad para la reincorporación al mercado de trabajo a través de la realización de actividades formativas de orientación profesional y de promoción de la actividad emprendedora, así como de las acciones específicas que se convoquen.
- **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.
- **AUTORIZO** la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la Orden Ministerial de 18 de noviembre de 1999, de los datos de identidad obrantes en el sistema regulado en la Orden PRE/399/2006, de 26 de diciembre, así como de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de las prestaciones por cese de actividad, a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

En _____, a _____ de _____ de 20__

(Firma del solicitante)

Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud (A cumplimentar por el ISM)

DOCUMENTOS	COTEJADO	RECIBIDO	REQUERIDO
DNI, pasaporte, Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE), documento identificativo en su país de origen . _____	<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"/>
DNI, pasaporte, Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE), documento identificativo en su país de origen del cónyuge, otro progenitor y/o los hijos. _____	<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"/>	<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

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

_____ a _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

Sello de la Unidad

Fdo.: _____

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.

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. 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, que podrá ejercer ante el responsable del tratamiento, el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), con domicilio en Calle Condesa de Venadito nº 9 28027 – Madrid.