

SOLICITUD DE PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA POR CESE DE ACTIVIDAD. RD-Ley 8/2020 de 17 de marzo.

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

1.-DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento			
Número de la Seguridad social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono				
Domicilio		Número	Bloque	Esc	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad	Provincia				

2.-DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE

Hijos que conviven con el solicitante Apellidos y nombre	DNI/NIF/ Pasaporte /NIE	Fecha de nacimiento
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
Incapacitado	Trabaja	Rentas inferiores al SMI
SI NO Grado >30% Discapacidad <30%	SI NO	SI NO
1º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3.-DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO
Autónomo (RETA) <input type="checkbox"/>	Administrador o consejero de una sociedad mercantil <input type="checkbox"/>
Régimen Especial del mar <input type="checkbox"/>	Socio que presta otros servicios a una sociedad mercantil <input type="checkbox"/>
Trabajador Sistema Especial de Trabajadores Agrarios (SETA) <input type="checkbox"/>	Comunero o socio de otras sociedades no mercantiles <input type="checkbox"/>
	Socio trabajador de una cooperativa de trabajo asociado <input type="checkbox"/>
	Trabajador autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros <input type="checkbox"/>
	Trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE) <input type="checkbox"/>
	Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>

4.-DATOS DE LA ACTIVIDAD

Fecha inicio actividad	Fecha del cese: -Temporal: REAL DECRETO <input type="checkbox"/> 8/2020.		
Nombre empresa o razón social		CIF de la empresa	
Existe establecimiento abierto al público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de cierre del mismo:		Nombre del establecimiento	
Domicilio de la actividad	Nº	Escalera	Piso Puerta
Población/ provincia/ país	Código postal	Teléfono	
Actividad económica/ oficio/ profesión			
Nº de trabajadores a su cargo			

5.-DATOS ASESORIA

NOMBRE:	TELEFONO:
----------------	------------------

6.-PLURIACTIVIDAD/OTRAS PRESTACIONES

Trabaja por cuenta ajena SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la empresa CCC de la empresa ¿Ha solicitado prestación por desempleo en Régimen general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Es perceptor de otras prestaciones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar qué prestación percibe:	
Percibe ayudas por paralización de la flota <input type="checkbox"/>	
Es profesional colegiado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Colegio profesional al que pertenece:	

7.-DATOS FISCALES

Tipo voluntario de I.R.P.F.: _____ % (Deberá adjuntar Modelo 145-Comunicación de datos al pagador cumplimentado por Ud. No se aceptará un porcentaje solicitado inferior al legal establecido)

8.-DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACION MEDIANTE TRANSFERENCIA

PAIS	D.D.	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO CUENTA CORRIENTE
E	S				

Ponga especial atención a la hora rellenar el código IBAN de su cuenta bancaria para que no haya problemas cuando se haga el ingreso. Le informamos que el número de cuenta es único para todas las solicitudes de pago de MAZ.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma del solicitante:

En _____, a ___ de _____ de _____

(*) Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº11 con la finalidad de gestión de las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente y Responsable de Tratamiento. Se le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con el que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato

legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://www.maz.es/Paginas/política-de-privacidad.aspx>

Así mismo, en aras a promover la celeridad e inmediatez de las comunicaciones, mediante la presente AUTORIZO a MAZ, M.C.S.S. N°11 al envío de las comunicaciones vía correo electrónico encriptado usando como clave de acceso a los documentos su DNI.

En _____ a _____ de 20____

Firma y sello

DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL MOTIVO DEL CESE EN LA ACTIVIDAD

Fecha de CESE DE ACTIVIDAD:

MOTIVO

ACTIVIDAD incluida en el ANEXO Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Especifique cuál:

Reducción en la Facturación en el mes anterior al que solicita la prestación, de al menos, el 75% en relación con el promedio de facturación del semestre anterior.

(Deberá aportar la documentación acreditativa según cada caso).

En virtud de la prescripción recogida en el RDLeg 8/2015 de 30 de Octubre, se formula la presente Declaración jurada sobre las causas de situación legal de cese en la actividad, para lo que declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente declaración, así como el resto de documentos que acompaña. En caso de ser datos inciertos los datos declarados, esta Mutua se reserva el derecho de reclamación de la prestación a que hubiera dado lugar. Declaro haber cumplido con las garantías y procedimientos regulados en la legislación laboral para el caso de existencia de trabajadores por cuenta ajena en la actividad a mi cargo.

Firmado:

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de ante cualquier duda.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE CON ESTA SOLICITUD

1.- DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN TODOS LOS CASOS

- Fotocopia del DNI, Pasaporte, NIE (por ambas caras)
- Modelo 145 de comunicación de datos al pagador (IRPF) que se acompaña
- Fotocopias del último boletín de cotización, incluido el mes en el que cesó la actividad.
- DOCUMENTO ACREDITATIVO ACTIVIDAD 036 PROHIBIDA (DECRETO) O REALIZADA

2.- DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE REDUCCION EN LA FACTURACIÓN

- Documentación acreditativa de la reducción en la Facturación en el mes anterior al que solicita la prestación, de al menos, el 75% en relación con el promedio de facturación del semestre anterior.

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.

Deben remitir la SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN AL CORREO CATA@MAZ.ES

INFORMACION ADICIONAL
Real decreto Ley 8/2020 DE 17 DE MARZO

- **Duración: Carácter excepcional y vigencia limitada a un mes a partir de la entrada en vigor del RD 463/2020 de 14 de marzo, o hasta el último día del mes en que finalice dicho estado de alarma, de prolongarse éste durante más de un mes.**
- **¿ Quiénes pueden solicitarla?**

Pueden solicitarla los trabajadores por cuenta propia o autónomos cuyas actividades queden suspendidas, en virtud de lo previsto en el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo.

También aquellos autónomos o trabajadores por cuenta propia cuando su facturación en el mes anterior al que se solicita la prestación se vea reducida, al menos, en un 75 por ciento en relación con el promedio de facturación del semestre anterior

- **¿ Qué requisitos se exigen?**

a) **Estar afiliados y en alta, en la fecha de la declaración del estado de alarma, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o, en su caso, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.**

b) En el supuesto de que su actividad no se vea directamente suspendida en virtud de lo previsto en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, **acreditar la reducción de su facturación en, al menos, un 75 por ciento, en relación con la efectuada en el semestre anterior.**

c) **Hallarse al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social.** No obstante, si en la fecha de la suspensión de la actividad o de la reducción de la facturación no se cumpliera este requisito, **el órgano gestor invitará al pago al trabajador autónomo para que en el plazo improrrogable de treinta días naturales** ingrese las cuotas debidas. La regularización del descubierto producirá plenos efectos para la adquisición del derecho a la protección.

d) No se exige el periodo de carencia mínimo de 12 meses de la prestación por cese.

- **¿Qué cuantía se cobrará?**

Se aplica el 70% de la base reguladora que se calculará con el promedio de las bases por las que se hubiere cotizado durante los doce meses continuados e inmediatamente anteriores a la situación legal de cese .

Si no se tiene carencia mínima de 12 meses cotizados por Cese anteriores al cese de actividad, se aplica la prestación será el 70% de la base mínima de cotización del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o, en su caso, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar.

- **¿Cuánto durará la prestación? Qué cuantía se cobrará?**

Un mes, ampliándose, en su caso, hasta el último día del mes en el que finalice el estado de alarma, en el supuesto de que este se prorrogue y tenga una duración superior al mes.

- **OTRAS cuestiones:**

- El tiempo de su percepción se entenderá como cotizado y no reducirá los períodos de prestación por cese de actividad a los que el beneficiario pueda tener derecho en el futuro.
- La percepción será incompatible con cualquier otra prestación del sistema de Seguridad Social.
- Los socios trabajadores de las cooperativas de trabajo asociado que hayan optado por su encuadramiento como trabajadores por cuenta propia en el régimen especial que corresponda tendrán derecho igualmente a esta prestación extraordinaria, siempre que reúnan los requisitos establecidos en este artículo.

MAZ MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIALNº 11 INFORMA

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular MAZ, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de MAZ, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

La Mutua le informa:

I.- En cualquier momento usted podrá dirigirse a nuestras oficinas y/o consultar nuestra página web. Estamos a su plena disposición para asesorarle e informarle.

II.- Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por Mutua, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 18 del Proyecto de Ley por el que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos y su Disposición adicional 18.

III.- De no estar usted de acuerdo con las decisiones de Mutua, podrá efectuar reclamación previa ante este órgano gestor antes de acudir al órgano jurisdiccional del orden social competente.

IV.- Son obligaciones de los trabajadores autónomos así como de los solicitantes y beneficiarios de la protección por cese de actividad:

a) Solicitar a la misma Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social con la que tengan concertadas contingencias profesionales la cobertura de la protección por cese de actividad.

b) Cotizar por la aportación correspondiente a la protección por cese de actividad.

c) Proporcionar la documentación e información que resulten necesarios a los efectos del reconocimiento, suspensión, extinción o reanudación de la prestación.

d) Si es usted TRADE que ha finalizado su relación con el cliente principal, para poder tener derecho al disfrute de la prestación deberá haber causado baja efectiva en el Régimen Especial antes comenzar a recibir la prestación económica. En el resto de supuestos, será suficiente haber solicitado la baja en el Régimen Especial con anterioridad a la fecha de la solicitud de la prestación.

e) Solicitar la baja en la prestación por cese de actividad cuando se produzcan situaciones de suspensión o extinción del derecho o se dejen de reunir los requisitos exigidos para su percepción, en el momento en que se produzcan dichas situaciones.

f) No trabajar por cuenta propia o ajena durante la percepción de la prestación.

g) Reintegrar las prestaciones indebidamente percibidas.

h) Comparecer a requerimiento del órgano gestor y estar a disposición del órgano gestor o del Servicio Público de Empleo o del Instituto Social de la Marina de la correspondiente Comunidad Autónoma a fin de poder realizar las actividades formativas y de orientación profesional a las que se le convoque.

i) Participar en acciones específicas de motivación, información, orientación, formación, reconversión o inserción profesional para incrementar su ocupabilidad, que se determinen por el órgano gestor, por Servicio Público de Empleo de la correspondiente Comunidad Autónoma, o por el Instituto Social de la Marina, en su caso.

V.- La prestación económica por cese en la actividad se encuentra regulada en el Real Decreto 1541/2011, de 31 de octubre, por el que se desarrolla la Ley 32/2010, de 5 de agosto, (ésta última, a partir de 02.01.16 queda regulada en el RD Legislativo 8/2015 de 30 de Octubre, a excepción de la disposición adicional décima y en undécima), en las que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MAZ MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIALNº 11.