

FORMULARIO SOLICITUD PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD PARA LOS TRABAJADORES DE TEMPORADA (PETECATA 2)

Artículo 14. *Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada, del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo.*

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		DNI – NIF
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Correo electrónico	Nº de afiliación a la Seg. Social	
Domicilio personal		
Localidad	Provincia	Código postal

2. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

A. RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL:		
<input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo (RETA)	<input type="checkbox"/> Trabajador del Régimen especial del mar	<input type="checkbox"/> Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)
Fecha de inicio de actividad:	Fecha de última alta en el régimen especial:	
Fecha de baja en el régimen Especial:	Fecha de cese en la actividad:	

B. TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO (deberá especificar al menos una de las siguientes):
<input type="checkbox"/> Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Socio que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil <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 colectivos

C. INFORMACIÓN ADICIONAL: (Contestar SI o NO)		
Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indicar cual:		
<input type="checkbox"/> Incapacidad temporal <input type="checkbox"/> Prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia <input type="checkbox"/> Maternidad/paternidad <input type="checkbox"/> Prestación por cuidado de hijos menores con cáncer u otra enfermedad grave <input type="checkbox"/> Jubilación activa <input type="checkbox"/> Prestación extraordinaria de Cese de Actividad para los trabajadores de temporada (Art. 10 del RD-Ley 24/2020, de 26 de junio)		
Es perceptor de otras prestaciones diferentes:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Percibe ayudas por paralización de flota, o similar:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Es Profesional Colegiado:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Percibe rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad se haya visto afectada por el cierre:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

D. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD	
Actividad Económica	Código CNAE
¿Existía establecimiento abierto al público?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CIF
Nombre del establecimiento o Denominación Comercial	
Domicilio de la actividad	
Localidad	

E. DATOS DE LA ASESORÍA, a rellenar en su caso.	
Denominación	
Email	
Teléfono	

3. OTROS DATOS

¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento _____
Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia (el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente)
Banco: _____
Dirección de la Sucursal: _____
IBAN: _____

4. CONSENTIMIENTO GENERAL

D./D^a _____ con NIF _____ otorgo el consentimiento a Mutua Universal – Mugenat, MCCSS Núm. 10, para recabar de cualquier Administración los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada en el artículo 14. Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada, del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo.

5. CONSENTIMIENTO EXPRESO:

¿Presta su consentimiento para recabar del Ministerio de Hacienda, los datos tributarios de los ejercicios 2019 y 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas?

SI NO

Ante respuesta negativa, le recordamos la obligación de facilitar a esta entidad la documentación que a continuación se indica, o modelos equivalentes de carácter territorial, en el plazo de 10 días a partir del momento que le sea requerida. En caso contrario se procederá a denegar la prestación:

- Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
- Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año 2020.
- Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que cumpla los requisitos para el acceso al derecho a la Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada regulada en el artículo 14. Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada, del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo; que cuento con la documentación que en la misma se requiere, la cual pondré a disposición del órgano gestor de la Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada cuando se me requiera; y que me comprometo a comunicarle cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir dichos requisitos, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplimiento de cualquiera de dichos compromisos.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, cumplir los requisitos de acceso a la Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada, que a continuación se relacionan:

- Que me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial y habiendo cotizado durante al menos cuatro meses en el periodo comprendido entre junio y diciembre, de cada uno de los años 2018 y 2019.
- Que no me encontraba en situación de alta como trabajador por cuenta ajena más de 120 días durante el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2018 y el 31 de julio de 2020.
- Que no me encontraba en situación de alta o asimilada al alta, en cualquier Régimen de la Seguridad Social, desde el 1 de marzo al 31 de mayo de 2020.
- Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial el 1 de octubre de 2020, no habiéndome tampoco encontrado, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas.
- Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social que fuese incompatible con el desempeño de mi actividad, durante los meses de enero a junio de 2020.
- Que no he obtenido durante el año 2020 unos ingresos que superen los 23.275 euros.
- Que no me encuentro realizando ningún trabajo por cuenta ajena.

ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro de la prestación indebidamente percibida:

- A comunicar al órgano gestor cualquier incumplimiento de los requisitos legalmente establecidos durante la percepción de la prestación.
- A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social, que fuera o fuese incompatible con el desempeño de mi actividad, durante la percepción de la prestación ahora solicitada.
- A comunicar al órgano gestor la realización de un trabajo por cuenta ajena, durante la percepción de la prestación ahora solicitada.
- A poner a disposición de la Mutua, en el caso de que no pudiera tener acceso a los datos obrantes en las administraciones tributarias, en el plazo de diez días desde el requerimiento, a la siguiente documentación, o modelos equivalentes de carácter territorial:
 - Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
 - Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año 2020.
 - Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.
- A reintegrar la prestación indebida en el caso de que haya obtenido durante el año 2020 unos ingresos que superen los 23.275€.

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos profesionales de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos, así como la verificación y cotejo de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de la prestación extraordinaria de cese de actividad, a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores de temporada y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el presente escrito, y suscribo para ello la DECLARACIÓN RESPONSABLE incluida en este formulario.

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCSS Núm. 10 (en adelante Mutua Universal), con NIF G08242463 le informa que la legitimación del tratamiento de sus datos es la base legal, y que se tratarán con la siguiente finalidad: Gestión de la prestación por Cese de Actividad de Trabajadores Autónomos. Sus datos se guardarán durante el plazo mínimo de conservación establecido por la legislación vigente, así como para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y solo durante el plazo de prescripción de las mismas. Así mismo, los datos objeto del tratamiento podrán ser comunicados a organismos públicos, entre otros al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a la Agencia Tributaria o a la Tesorería General de la Seguridad Social. Le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y/o portabilidad dirigiéndose al Delegado de Protección de Datos (DPD) de Mutua Universal mediante correo electrónico a protecciondatos@mutuauniversal.net o bien por correo a la siguiente dirección: Av. Tibidabo, 17-19, (08022) Barcelona. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), a través de su página web: www.aepd.es

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Escriba con claridad y en letras mayúsculas.

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 misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

Esta solicitud será remitida telemáticamente del solicitante o de su representante legal. El órgano gestor podrá comprobar la identidad del remitente de la solicitud y, en su caso, la facultad de representación del comunicante.

En el supuesto de que la solicitud, venga acompañada de documentación complementaria, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente.

1. Solicitud de la prestación
2. Fotocopia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras).
3. Certificado de estar al corriente de pago en las cotizaciones a la Seguridad Social.
4. Documento acreditativo de ser titular de la cuenta bancaria (certificado de titularidad, fotocopia de la cartilla, recibo o similar).
5. [Modelo 145 de comunicación de datos al pagador \(I.R.P.F.\)](#). Para País Vasco y Navarra, el [modelo foral](#).

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

1. Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
2. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago
3. Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social, del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.
4. Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
5. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
6. Documentación específica, o modelos equivalentes de carácter territorial, a poner a disposición del órgano gestor, en los 10 días siguientes a su requerimiento:
 - Copia del modelo 390 de declaración resumen anual IVA del año 2020.
 - Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año 2020.
 - Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.
 - Cualquier otro documento fiscal/contable que sea requerido por la Mutua.