

Solicitud de prestación extraordinaria de cese de actividad para aquellos trabajadores autónomos que vean afectadas sus actividades como consecuencia de los daños ocasionados por la erupción volcánica registrada en la zona de Cumbre Vieja de La Palma.

(Artículo 96 Tres RD-ley 9/2024, de 23 de diciembre)

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

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

2. DATOS ADICIONALES

Se encuentra al corriente de pago en las cuotas a la Seguridad Social	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de tener concedido aplazamiento de cuotas indique la fecha de resolución del aplazamiento ⁽¹⁾ :		
Tiene trabajadores a cargo sobre los cuales tenga asumidas obligaciones laborales y de Seguridad Social:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿ha cumplido con todas las obligaciones laborales y de Seguridad Social de dichos trabajadores?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se beneficia de tarifa plana o bonificaciones en sus cotizaciones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

(1): Si el aplazamiento concedido por la TGSS es posterior a la fecha de suspensión de la actividad por deudas contraídas con anterioridad a dicha fecha, deberá proceder al pago de la cantidad adeudada para tener derecho a la prestación solicitada.

3. DATOS DE LA ASESORÍA, A RELLENAR EN SU CASO.

Nombre de la asesoría	
Email	Teléfono

4. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Entidad Bancaria																																							
Dirección de la Sucursal:																																							
IBAN ⁽²⁾	<table border="1"> <tr> <td>Código País</td> <td colspan="16">CCC</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Código País	CCC																																				
Código País	CCC																																						

(2): El solicitante deberá ser necesariamente titular o cotitular de la cuenta bancaria.

5. TIPO VOLUNTARIO DE RETENCIÓN IRPF

Si desea que se le aplique un % IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo:	%
---	---

ANEXO 1 - PAGINA 1

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que:

- Son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud.
- Que cuento con la documentación que en la misma se requiere y que pondré a disposición del órgano gestor de la Prestación Económica de Cese de Actividad de Naturaleza Extraordinaria, cualquier otra documentación que se me requiera.

Que cumplo los requisitos para el acceso al derecho a la prestación extraordinaria de cese de actividad para trabajadores autónomos que vean afectadas sus actividades como consecuencia de los daños ocasionados por la erupción volcánica registrada en la zona de Cumbre Vieja de La Palma, regulada en el apartado Tres del artículo 96 del Real Decreto-ley 9/2024, de 23 de diciembre que a continuación se relacionan:

- a. Que me encontraba afiliado y en situación de alta 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 el día 19 de septiembre de 2021.
- b. Que hasta 31.12.2024 he venido percibiendo la prestación extraordinaria por cese de actividad prevista en el apartado dos del artículo 36 del Real Decreto-Ley 4/2024, de 26 de junio.
- c. Que me hallo al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social correspondientes al Régimen Especial, no habiéndome tampoco encontrado, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas, en el momento de presentar esta solicitud.
- d. Que, únicamente para el caso de que sea un trabajador autónomo con uno o más trabajadores a mi cargo, estoy al corriente del cumplimiento de todas mis obligaciones laborales y de Seguridad Social que tengo asumidas.
- e. Que los rendimientos netos computables fiscalmente procedentes de la actividad por cuenta propia en el tercer y cuarto trimestre de 2024 son inferiores al 75% del salario mínimo interprofesional en dicho periodo.
- f. Que acredito en el tercer y cuarto trimestre del 2024 un total de ingresos computables fiscalmente de la actividad por cuenta propia con una reducción al menos en un 50 por 100 a los habidos en el tercer y cuarto trimestre del 2019.
- g. Que, no percibo una retribución por el desarrollo de un trabajo por cuenta ajena, ni otra por cuenta propia diferente de la que origina esta solicitud, ni percibo rendimientos procedentes de una sociedad.
- h. Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad ni percibo ayudas por paralización de la flota (en trabajadores autónomos del régimen especial del mar).

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

- A permanecer de alta en el Régimen Especial, ya que la baja en el mismo dará lugar a la extinción de la prestación.
- A comunicar a la Mutua cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir los requisitos de acceso a la prestación, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplimiento de cualquiera de dichos compromisos o requisitos.
- A comunicar a la Mutua cualquier situación que sea incompatible con el percibo de la prestación extraordinaria de cese de actividad, entre las cuales se encontrarían la siguientes:
 - Percibir una retribución por el desarrollo de un trabajo por cuenta ajena o rendimientos procedentes de una sociedad durante el cobro de esta prestación.
 - El acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social, que sea incompatible con el desempeño de mi actividad, durante la percepción de la prestación ahora solicitada, así como al percibo de ayudas por paralización de la flota (en trabajadores autónomos del régimen especial del mar).
- A reintegrar el importe de todas las cantidades que reciba indebidamente por no haber informado correctamente a la Mutua sobre mi base de cotización o de estar beneficiado en mi cotización de la denominada usualmente “tarifa plana” o de cualquier otro tipo de bonificación, cuando ello dé lugar a un cálculo incorrecto del abono de la cotización por contingencias comunes a cargo de la Mutua.
- 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, la documentación, o modelos equivalentes de carácter territorial recogidos en el artículo 96 Tres.9a) del Real Decreto-Ley 9/2024 de 23 de diciembre.

ANEXO 1 – PAGINA 2

MANIFIESTO Y OTORGO mi consentimiento expreso 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 36 apartado tres del Real Decreto-Ley 9/2024, de 23 de diciembre.

Y expresamente consiento a Mutua Universal – Mugenat, MCCSS Núm. 10, a recabar los datos tributarios necesarios para la revisión del cumplimiento de los requisitos de acceso a la prestación, del Ministerio de Hacienda, como de los Organismos autonómicos con competencias similares en materia fiscal y tributaria; a la vez que autorizo a éstos a facilitar dicha información a la citada Mutua.

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente formulario que se me reconozca la Prestación de cese de actividad solicitada, 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 del trabajador autónomo ⁽³⁾

Firma

Firma del representante ⁽³⁾

Nombre asesoría
Nombre y Apellidos
DNI / NIE / Pasaporte

Firma

(4): La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o en su defecto por el representante indicando la información en la casilla correspondiente.

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos, Mutua Universal-Mugenat, MCCSS 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 y declaración responsable, debidamente cumplimentada y firmada.
2. Copia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras), siempre que se hubieran producido cambios en la información facilitada al tramitar las prestaciones previstas en el RD-Ley 4/2024.
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), siempre que se hubieran producido cambios en la información facilitada al tramitar las prestaciones previstas en el RD-Ley 4/2024.
5. [Modelo 145 de comunicación de datos al pagador](#) (I.R.P.F.).

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. 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.
3. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
4. Documentación que acredite estar al corriente de todas las obligaciones laborales y de seguridad social que tenga asumidas en el caso de que tenga uno o más trabajadores a su cargo, cuando sea requerido por la Mutua.
5. 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 425 de declaración resumen anual IGIC del año 2019 y sus liquidaciones trimestrales (modelos 420), así como las liquidaciones del tercer y cuarto trimestre del año 2024 (modelos 420).
 - Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación del tercer y cuarto trimestre a cuenta del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) de los años 2019 y 2024.
 - Declaración de la renta de las personas físicas o certificado de empresas donde consten las retribuciones percibidas por cuenta ajena.
 - 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 para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.