

FORMULARIO SOLICITUD DE CESE DE ACTIVIDAD DEFINITIVO O TEMPORAL TOTAL O PARCIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS POR FUERZA MAYOR COMO CONSECUENCIA DE LA DANA

(Artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre, modificado por el Real Decreto-ley 7/2024, de 11 de noviembre)

1.DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos y nombre		DNI-NIF		Fecha de Nacimiento	
Núm. de teléfono	Teléfono móvil	Correo electrónico		Nº de afiliación a la Seg. Social	
Dirección del Domicilio Personal (calle/nº/km/bloque/esc./piso/puerta)				Código Postal	
Localidad		Provincia		País	

2.DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE

Incluir únicamente los hijos que, dependan económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas dos pagas extraordinarias.

Las condiciones de los hijos a efectos del IPREM, son hijos menores de 26 años o mayores con discapacidad igual a superior al 33% y que convivan con el beneficiario.

DNI	1er Apellido	2º Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Grado de discapacidad (> o igual 33%) (Contestar SI o NO)

3.DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

A) RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Trabajador Autónomo (RETA)	
Trabajador del Régimen especial del Mar	
Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)	

Actividad principal que justifica su encuadramiento en el Régimen Especial:	
Fecha de cese en la actividad	

B) INFORMACIÓN ADICIONAL: (Contestar SI o NO)

Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	
--	--

En el caso de encontrarme en situación de pluriactividad, mis ingresos brutos por el trabajo por cuenta ajena que venía desarrollando en los cuatro últimos meses inmediatamente anteriores al nacimiento del derecho son los siguientes (completar el siguiente cuadro):

MES	INGRESO BRUTO EN EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (EN €)
Junio 2024	
Julio 2024	
Agosto 2024	
Septiembre 2024	
TOTAL	

Percibe ayudas por paralización de flota, o similar:	
--	--

C) DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD

Nombre de la empresa o Razón Social	CIF de la empresa	Actividad Económica	Código CNAE
Número de Empleados a cargo (en caso afirmativo, ¿Está al corriente de sus garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral?)			
¿Existía establecimiento abierto al público? (SI/NO)		Nombre del establecimiento o Denominación Comercial	
Domicilio fiscal de la actividad (calle/nº/km/bloque/esc./piso/puerta)			Código Postal
Localidad	Provincia	País	

Otros domicilios donde se desarrolla la actividad (centros de trabajo) (en el caso de disponer de varios centros de trabajo, señalar los centros afectados por la DANA):

Dirección (calle/nº(km/bloque/esc./piso/puerta)	Código Postal	
Localidad	Provincia	País

Otras actividades de negocio incluidas en el Impuesto de Actividades Económicas (IAE), (en el caso de tener varias actividades de negocio, señalar las afectadas por la DANA):

D) DATOS DE LA ASESORÍA, A RELLENAR EN SU CASO:

Denominación	Persona de contacto
Correo electrónico	Teléfono

4. INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO PRODUCIDO POR LA DANA QUE DA LUGAR AL CESE DE ACTIVIDAD

Fecha del cese de actividad			
Fecha en la que se produjo el siniestro que da lugar al cese de actividad (entre el 28/10/2024 y el 04/11/2024)			
Dirección donde realizaba su actividad profesional al acontecer la DANA (calle/nº/km/bloque/esc./piso/puerta):			
Localidad	Provincia	País	Código Postal

5. OTROS DATOS

Carácter del cese de actividad (señalar una opción)	☐ Total y definitivo ☐ Total y temporal (Indicar la fecha prevista de reinicio de actividad) ☐ Parcial y temporal (Indicar la fecha prevista de reinicio de actividad)
¿Tiene cumplida la edad ordinaria de acceso a la pensión de jubilación contributiva y cuenta con cotizaciones suficientes para poder acceder a ella?	
¿Tiene reconocido por la Tesorería General de la Seguridad Social una resolución de aplazamiento de las deudas contraídas con anterioridad a la fecha de la resolución de suspensión de la actividad? (En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento).	
¿Estaba percibiendo a 28/10/2024 o percibe en la actualidad alguna prestación de la Seguridad Social que fuera incompatible con el desarrollo de la actividad que venía desarrollando? (En caso afirmativo, detalle el tipo de prestación y la fecha aproximada en la que se le reconoció).	

Datos bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia (el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente):

Entidad Bancaria	Dirección de la sucursal

Código IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta																																									
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><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></tr></table>														<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><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></tr></table>																		

Datos Fiscales

Si desea que se le aplique un % IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo:	%
Si su residencia fiscal se encuentra en TERRITORIO FORAL, a efectos de IRPF desea que se le aplique:	
Residencia fiscal (provincia):	
Tabla general (número de hijos: XX) o Tabla de pensionistas.	

6. CONSENTIMIENTO:

Solimat, Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 72 solicita su consentimiento para consultar y recabar datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no está previamente amparado por la Ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

SI NO

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DON/DOÑA

con DNI

declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que soy titular del número de identidad que se indica en la presente solicitud, que cumpla los requisitos para el acceso al derecho a la prestación de cese de actividad; que pondré a disposición de la Mutuas, cuando me sea requerida la documentación que permita comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud; 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 mis responsabilidad, **cumplir con todos los requisitos**, que se relacionan a continuación, para acceder a la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 330 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), siendo el motivo legal del cese de actividad la fuerza mayor derivada de los daños causados por la Depresión Aislada de Niveles Altos (DANA) en diferentes municipios, entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.

- Que he cesado **totalmente** **parcialmente** (señalar opción) mi actividad como consecuencia directa e inmediata de los siniestros producidos por los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre, en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
- Que a la fecha del hecho causante (seleccionar una o varias opciones):
 - Mi domicilio personal se encuentra entre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
 - Mi domicilio de actividad por cuenta propia se encuentra entre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
 - Que sin que mi domicilio personal o de actividad por cuenta propia se encuentre en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, 5 de noviembre, estaba realizando la actividad profesional que desarrollo en alguna de esas localidades.
- Que me encontraba afiliado y de alta en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, a fecha 28/10/2024, o en su caso, a la fecha del hecho causante.
- Que me encuentro al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social o cuento con una resolución de la TGSS sobre aplazamiento de cuotas adeudadas previa a la fecha de la resolución de cese de la actividad
- Que cuento con la cobertura de la protección por cese de actividad.
- Que en el supuesto en el que cese de actividad sea definitivo, no he cumplido la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o no tengo acreditado el período de cotización requerido para ello.
- Que en el supuesto de que el cese de actividad sea definitivo, me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, así como la baja en el censo tributario de empresas y de las licencias o autorizaciones administrativas que mi actividad viniese requiriendo.
- Que en el supuesto en que el cese de la actividad sea parcial temporal, no me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, y preveo, durante el percibo de la prestación, una caída de ingresos del 75% de la actividad de la empresa con relación al mismo periodo del año anterior y que mis ingresos en cada uno de esos meses no alcanzarán el salario mínimo interprofesional o el importe de la base de cotización por la que viniera cotizando si esta fuera inferior.

- En el caso de tener trabajadores a mi cargo, cumplo con las garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral.
- Que no estoy desempeñando ninguna otra actividad por cuenta propia, diferente a la actividad en la que he cesado total o parcialmente la actividad como consecuencia de la DANA y que motiva la solicitud de esta prestación.
- Que no percibo, ni tengo derecho, a ninguna prestación ni pensión de Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad por cuenta propia (Ej: incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o lactancia...).
- En caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, que no percibo ayudas por paralización de la flota.

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

- A comunicar a Solimat cualquier incumplimiento de los requisitos de acceso o mantenimiento de la prestación legalmente establecidos durante la percepción de la misma, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplir cualquiera de los citados compromisos o requisitos.
- En el supuesto que el cese de la actividad sea temporal, a mantener el alta en el Régimen Especial correspondiente durante el tiempo de percibo de la prestación.
- A comunicar a Solimat el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social durante la percepción de la prestación ahora solicitada, y que fuese incompatible con el percibo o mantenimiento de esta prestación.
- A comunicar a Solimat el inicio de cualquier actividad por cuenta propia o ajena (a excepción de los trabajos agrarios con finalidad comercial).
- En el caso de que el cese de actividad sea parcial temporal, a comunicar a Solimat mis ingresos mensuales brutos durante el periodo de percibo de la prestación.
- A poner a disposición de la Mutua la documentación que se me requiera para comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud.

HE SIDO INFORMADO por Solimat, Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 72 de que el reconocimiento de esta prestación tiene carácter provisional y será revisado posteriormente. Si tras la revisión de la prestación no se acreditaran todos los requisitos para el reconocimiento o mantenimiento completo de la prestación, se me reclamarán las cuantías que se determinen como indebidamente abonadas.

MANIFIESTO Y OTORGO, mi consentimiento expreso a Solimat, Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 72 para que, los Organismos y/o Administraciones Públicas que correspondan, le faciliten el acceso a la información relativa a mis datos profesionales, de identificación personal y residencia; 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 prestación de cese de actividad regulada en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.

Así mismo, doy mi consentimiento expreso a Solimat, Mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 72 para que realice de forma telemática al correo electrónico facilitado, todas las comunicaciones relacionadas, tanto en la gestión de la prestación, como en la posterior revisión de la misma, quedando el solicitante obligado a comunicar a la Mutua cualquier modificación de dicho correo electrónico.

CONFIRMO los consentimientos anteriores, para que se pueda dar trámite a la prestación solicitada

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación de cese de actividad 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

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 o de forma presencial en cualquiera de nuestras oficinas por el solicitante o 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 complementaria¹, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente, o en formato papel en cualquiera de nuestras oficinas.

1. Solicitud de la prestación junto con la declaración responsable.
2. Copia del Documento de Identidad (DNI-NIE-TIE) o Pasaporte, (por ambas caras), en caso de disponer de ella.²
3. Justificante de titularidad o cotitularidad bancaria.
4. Modelo 145 de comunicación de datos del pagador (IRPF) a excepción del País Vasco y Navarra.

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. Documentación acreditativa de la imposibilidad para desarrollar la actividad por la que se solicita la prestación.

4. Documentos que acrediten cumplir las condiciones económicas de acceso al cese parcial y temporal (art. 331.1.b) LGSS), como podría ser:

- Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre del año 2023, primer y cuarto trimestre del año 2024, y primer trimestre del año 2025.

- Libro de Ingresos de octubre a diciembre de 2023 y 2024, y de enero de 2024 y 2025.

- Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del tercer y cuarto trimestre de 2023 y 2024 y primer trimestre de 2024 y 2025.

5. 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.

6. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.

7. Cualquier otra documentación que pueda ser solicitada por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social y que resulte necesaria para acreditar el cumplimiento del derecho a la misma.

¹ (*) Si no dispusiera de alguno de estos documentos en el momento actual, deberá tenerlos a disposición de la Mutua para cuando le sean requeridos

² (*) En caso de no disponer de documentación acreditativa de su identidad, podrá aportar certificado de titularidad bancaria, o cualquier otro medio acreditativo de su identidad válido en derecho.

**ANEXO: LISTADO DE MUNICIPIOS AFECTADOS POR LA DANA RECOGIDOS EN EL REAL
DECRETO-LEY 6/2024, DE 5 DE DICIEMBRE**

1	Alaquàs.
2	Albal.
3	Albalat de la Ribera.
4	Alborache.
5	Alcàsser.
6	Alcúdia, l'.
7	Aldaia.
8	Alfafar.
9	Alfarb.
10	Algemesí.
11	Alginet.
12	Alhaurín de la Torre.
13	Almussafes.
14	Alzira.
15	Benetússer.
16	Benifaió.
17	Beniparrell.
18	Bétera.
19	Bugarra.
20	Buñol.
21	Calles.
22	Camporrobles.
23	Carlet.
24	Catadau.
25	Catarroja.
26	Caudete de las Fuentes.
27	Corbera.
28	Quart de Poblet.
29	Cullera.
30	Chera.
31	Cheste.
32	Xirivella.
33	Chiva.
34	Dos Aguas.
35	Favara.
36	Fortaleny.
37	Fuenterrobles.
38	Gestálgar.
39	Godelleta.
40	Guadassuar.
41	Letur.
42	Llíria.

43	Loriguilla - sólo núcleo urbano junto A3.
44	Llocnou de la Corona.
45	Llaurí.
46	Llombai.
47	Macastre.
48	Manises.
49	Massanassa.
50	Mira.
51	Mislata.
52	Montserrat.
53	Montroi/Montroy.
54	Paiporta.
55	Paterna.
56	Pedralba.
57	Picanya.
58	Picassent.
59	Polinyà de Xúquer.
60	Real.
61	Requena.
62	Riba-roja de Túria.
63	Riola.
64	Sedaví.
65	Siete Aguas.
66	Silla.
67	Sinarcas.
68	Sollana.
69	Sot de Chera.
70	Sueca.
71	Tavernes de la Valldigna.
72	Torrent.
73	Turís.
74	Utiel.
75	València - PEDANÍAS SUR: Faitanar, La Torre, Forn d'Alcedo, Castellar-Oliveral, Pinedo, El Saler, El Perellonet y El Palmar.
76	Vilamarxant.
77	Yátova.
78	Benicull de Xúquer.